UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 141

LE SANATORIUM

SON UTILITÉ ET SA PLACE DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Juillet 1934

PAR

Yves BACHÉ

Né le 1er septembre 1908 à Saint-Hilaire (Lot-et-Garonne)

Examinateurs de la Thèse :

MM. LEURET, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges.*

FONTAN, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0094

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 141

LE SANATORIUM

SON UTILITÉ ET SA PLACE DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Juillet 1934

PAR

Yves BACHÉ

Né le 1er septembre 1908 à Saint-Hilaire (Lot-et Garonne)

Examinateurs de la Thèse

MM. LEURET, professeur ..... *Président.*
CREYX, professeur ..... *Juges.*
PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges.*
FONTAN, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
	DUPÉRIÉ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
Clinique chirurgicale.. ..	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE
Physiologie	PACHON.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Hygiène.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatolcgie..... ..	CREYX
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Chimie	CHELLE,		
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.		
Médecine expérimentale..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique	RIVIERE.
		Ophtalmologie	BEAUVIEUX
	DAMADE.	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
	PIECHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Médecine générale.....	DELMAS-MARSALET.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DE GRAILLY	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie...	VITTE.
	FONTAN		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements.....	RIVIERE.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie..	CABANNES (en congé)		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle ..... . GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire ..... DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA MERE

A MA TANTE

A MA SŒUR ET AUX SIENS

A MES PARENTS

A MON AMI JULES LIARD
LAURÉAT DE FACULTÉ
INTERNE DES HÔPITAUX

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur LEFEVRE

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de reconnaissance et d'admiration.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A notre Maître le Professeur Agrégé PIECHAUD

médecin des hôpitaux

chevalier de la légion d'honneur

croix de guerre

Pour l'amabilité et l'indulgence qu'il nous a toujours montrées.

A notre Maître le Professeur E. LEURET

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM XAVIER-ARNOZAN
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Pour l'honneur qu'il nous a fait de bien vouloir inspirer et présider notre thèse. En reconnaissance du précieux enseignement reçu dans son service et de l'obligeance qu'il nous a toujours témoignée.

INTRODUCTION

La tuberculose a été de tous temps et demeure toujours pour le médecin un de ses plus angoissants sujets de préoccupations et cela, à un double titre : Du fait, d'une part, de l'étendue des ravages que produit cette maladie, et d'autre part, à cause de la pauvreté de nos moyens d'action contre elle. « Pauvreté de nos moyens d'action » ce n'est pas, certes que la question n'ait suscité de persévérants et multiples travaux, de pénibles et souvent infructueuses recherches. Mais si la somme est énorme, de travail ainsi effectué, le résultat pratique et thérapeutique obtenu n'est pas encore parfait.

« Etendue aussi des ravages produits par la maladie ». Tout a été dit sur ce chapitre. Promu au rang de fléau social, elle s'est heurtée à la mise en œuvre de vastes moyens de lutte antituberculeuse. Ici encore, quelle disproportion entre l'effort énorme fourni, et le résultat parcellaire obtenu.

Un élément fondamental a d'ailleurs toujours résumé l'essentiel de nos moyens de lutte contre la tuberculose : A la fois dans l'intérêt du malade à soigner et de la collectivité à défendre, le sanatorium, pendant longtemps œuvre de cure climatique et hygiéno-diététique, est apparu comme le procédé le plus efficace dans la lutte ainsi engagée. A l'abri de cette conception les sanatoriums se sont multipliés, sans être encore assez nombreux pour hospitaliser tous les tuberculeux. En continuant de leur attribuer le même rôle, la création s'impose de sanatoriums analogues à ceux déjà existants.

Seulement des voix discordantes se sont élevées, pour critiquer l'existence et la notion même du sanatorium. De plus, des méthodes thérapeutiques nouvelles, à la fois médicales et chirurgicales, sont venues qui ont profondément transformé les données du problème.

L'utilité du sanatorium, il est facile de la démontrer, à la lumière de trente années d'expérience de cure sanatoriale.

Quant aux traitements nouveaux contre la tuberculose, la question se pose aujourd'hui et elle est diversement résolue, de savoir dans quelle mesure ils obligent à modifier, à réviser la notion ancienne et classique du sanatorium.

Traitements médicaux systématiques et traitements chirurgicaux délicats : il est souvent bien difficile sinon impossible de les appliquer avec bonheur dans les sanatoriums tels que et où on les avait construits. Un changement d'orientation s'impose par conséquent. Aussi bien, la conception du sanatorium est-elle actuellement en pleine évolution.

C'est par l'analyse de cette évolution encore imprécise. que nous allons nous efforcer « de faire le point » et de voir dans quelle mesure il semble opportun de modifier nos procédés de lutte. Faut-il, comme le veulent certains, s'appuyant uniquement sur les acquisitions nouvelles transformer du tout au tout nos méthodes d'action conte la tuberculose, renverser l'édifice laborieusement établi ; en un mot, sacrifier la cure climatique aux exigences des thérapeutiques médicales et chirurgicales ? Ne faut-il pas plutôt conserver les méthodes anciennes, imparfaites hélas ! mais du moins éprouvées, en s'efforçant d'y adapter celles que nous fournit l'arsenal thérapeutique moderne ?

Telle est la question à laquelle nous nous sommes attaché Le plan que nous avons suivi résulte des considérations précédentes : Nous avons l'intention d'examiner d'abord quelle a été jusqu'à nos jours l'utilité du sanatorium et d'établir l'importance des services qu'il a rendus et peut rendre encore.

Nous étudierons les critiques dont il a été l'objet, les griefs dont on l'a chargé et qui ont pu servir d'arguments pour réclamer sa disparition.

Nous verrons enfin comment le sanatorium doit, non pas disparaître, mais se transformer, c'est-à-dire plutôt comment doit être aujourd'hui envisagée la création de nouveaux sanatoriums pour répondre à certaines critiques incontestablement

justifiées et pour répondre aussi aux connaissances nouvelles de la thérapeutique antituberculeuse.

Nous pourrons, dès lors, déduire de cette étude et établir les bases de l'organisation future de la lutte contre la tuberculose.

Nous aurons surtout en vue le sanatorium public construit et entretenu par l'Etat, car c'est surtout pour lui que se posent les grands problèmes sociaux que nous allons rencontrer. Il est bien évident cependant que les considérations purement médicales s'appliquent à tous les sanatoriums publics ou privés.

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION, HISTORIQUE

Pour donner du sanatorium une définition étymologiquement exacte, sinon, suffisamment explicative, on peut dire qu'il est « La maison où l'on guérit » (*de sano*, je guéris).

En pratique, et à l'origine de sa création, deux idées thérapeutiques ont dominé la nature du sanatorium : cure d'air, cure de repos, deux idées auxquelles est venue bientôt se joindre une troisième : la bonne alimentation.

C'est qu'en effet si l'édification des sanatoriums est de date récente, l'importance de l'air et du repos dans le traitement de la phtisie était, depuis toujours, apparue aux médecins; et déjà dans les plus anciens monuments écrits de notre science on la trouve consignée.

Les Grecs avec Hippocrate, et à la suite, semble-t-il, de médecins hindous, savaient conseiller aux phtisiques l'exercice modéré, les frictions, l'air marin. Les latins, Pline l'Ancien et Celse en font foi; adressaient à leurs malades des prescriptions identiques : Celse en particulier leur recommande le séjour au bord de la mer, ou même des voyages en haute mer.. « de véritables croisières » d'Italie en Egypte.

Mais ces idées et ces mots que l'on pourrait croire sortis de la bouche d'un phtisiologue contemporain, devaient être pratiquement abandonnés par les médecins du moyen âge et des temps modernes, et jusqu'au XIX^e^ siècle aucune méthode vraiment scientifique n'existe en vue du traitement de la tuberculose.

La guérison, rapidement célèbre, d'un médecin anglais phtisique Harry Bennet, ancien interne des hôpitaux de Paris en 1814, par le seul moyen d'une série de cures d'air à Menton en hiver, en Ecosse l'été, devait à nouveau donner du crédit aux méthodes thérapeutiques des Anciens et populariser la valeur thérapeuthique des cures d'air.

A la suite de cette « observation princeps » un peu partout se multiplièrent les exemples du succès des cures climatiques.

Il faut cependant attendre plusieurs années, 1859, pour voir apparaître en Allemagne, avec Brehmer, le premier sanatorium : grand air et rééducation respiratoire; alimentation abondante et saine, discipline sévère dans le traitement; tels étaient les principaux éléments de la cure.

Detweiller, élève de Brehmer, compléta utilement cette notion encore incomplète du sanatorium en y ajoutant un nouveau facteur thérapeutique : la cure de repos.

Jusqu'à nos jours les travaux de Brehmer et de Detweiller devaient rester la charte de la cure sanatoriale.

A la suite de ces deux phtisiologues, les sanatoriums se multiplièrent en Allemagne : sanatoriums privés, puis sanatoriums populaires, créés sous l'impulsion de Pomirtz à la faveur des lois d'assurances sociales (1892). Quelques années de retard furent nécessaires pour qu'en France les premiers sanatoriums fissent leur apparition ; à l'exemple de l'Allemagne certes, mais aussi à raison d'un autre argument d'une valeur sociale et générale incontestable : A cette époque furent signalés par de nombreux médecins d'hôpitaux, les dangers redoutables que faisaient courir à leurs voisins malades non tuberculeux, l'hospitalisation des phtisiques dans des salles de médecine générale. On commença dès lors de créer dans les hôpitaux déjà existants des salles spéciales pour recevoir les phtisiques.

En 1897 enfin, dans un but non plus prophylactique mais désormais thérapeutique, fut édifié le sanatorium de Hauteville. En 1903, vint s'y ajouter le sanatorium de Bligny, puis celui de Feuillas (sanatorium Xavier Arnozan) et tant d'autres ensuite.

Si la création de ces sanatoriums fut encouragée par l'Etat; celui-ci n'avait pas cependant jusqu'à ce moment pris part officiellement à cette lutte nouvelle contre la tuberculose. Ce fut seulement en 1919 que fut définitivement reconnue et légalisée pour ainsi dire la création des sanatoriums. La loi Honnorat décréta en effet l'obligation pour chaque département d'édifier un sanatorium populaire, à la construction duquel l'Etat apportait d'ailleurs et largement son concours financier.

Depuis lors, le chemin a été rapidement parcouru; nous avons assisté à une véritable éclosion de sanatoriums; privés et populaires, sanatoriums maritimes, de plaine ou d'altitude.

Mais il reste tant de choses à faire !

Les prescriptions de la loi Honnorat n'ont pas encore été entièrement réalisées; il y a encore beaucoup trop de malades qui ne peuvent tirer profit et bénéfice d'une cure sanatoriale. Les raisons de poursuivre cette lutte gigantesque contre la tuberculose à l'aide du sanatorium en particulier, et, comme conséquence la nécessité coûteuse, mais justifiée, d'édifier encore des sanatoriums, en nous aidant certes de l'expérience acquise et des progrès thérapeutiques réalisés, nous allons la trouver dans l'étude systématique des éléments d'action des sanatoriums et des buts par lui poursuivis.

II. LES DIRECTIVES DU SANATORIUM.

But prophylaxique.

Il est évident que le mouvement en faveur du sanatorium à été déclenché à son début par un souci prophylactique. Il suffit, pour s'en convaincre, de considérer ce que furent en France les premières réalisations qui, loin de répondre à toutes les exigences de la cure hygiéno-diététique, étaient cependant le point de départ de notre armement sanatorial. Il s'agit de salles spéciales pour tuberculeux, d'hôpitaux pour tuberculeux incurables et même de ce que l'on a appelé les sanatoriums urbains; expression qui nous paraît un peu osée, comme d'ailleurs la chose qu'elle désigne, étant donné l'antagonisme des deux termes qu'on y a apposés.

En ce qui concerne les salles spéciales pour tuberculeux, certains documents sont suggestifs. Ainsi dans la *Revue de la tuberculose* de 1893, il est question d'un service spécial crée à Besançon pour les malades tuberculeux dont on signale les particularités permettant la cure d'air. Mais on apprend à la fin de l'article que dans ce service sont reçus « seuls ceux qui présentent un danger de contagion ».

Le but des hôpitaux d'incurables, ne pouvait être que prophylactique. Ils n'ont donné lieu qu'à des projets; mais il faut bien dire qu'ils ont gardé longtemps des partisans. — En 1914, Godfroy écrivait « Il est plus utile de consacrer à des hôpitaux pour l'isolement de tuberculeux avancés l'argent que l'on emploie à bâtir des sanatoriums pour les tuberculeux au début pour lesquels, le plus souvent, le traitement à domicile suffirait. Et encore, « en matière de tuberculose la prophylaxie doit prendre le pas sur le traitement curateur ».

Mais, malgré tout, on s'est dès le début, rendu compte

des inconvénients qu'allaient présenter ces établissements. « Gardons nous, avaient dit en 1896 MM. Peyron, Granchet, Hanot, de créer des léproseries ou nos malheureux phtisiques seraient comme exilés et condamnés si nous ne voulons pas susciter dans la population un mouvement de profonde terreur. Il faut que nos malades conservent jusqu'a leur dernier jour, au moins l'illusion du traitement et l'espoir d'une guérison ». Leur sensibilité n'autoriserait plus ces rigueurs médiévales, maïs ces projets montraient bien cependant ou était la préocupation majeure des médecins.

Hâtons-nous de dire combien, elle était légitime, nécessaire. Si les tuberculeux méritent certains égards, s'il est vrai qu'il serait inhumain de lutter contre la tuberculose, comme on le fit pour la lèpre, par des mesures sévères d'isolement, uniquement défensives, sans se soucier de leur apporter la moindre chance de guérison — Ne serait-il pas plus inhumain encore, de ne rien faire pour protéger les autres individus ? « Si l'on désire, certes, que le tuberculeux malheureux puisse avoir la sensation que tout est fait pour assurer le maximum de chances qu'il puisse avoir de guérir, il faut bien aussi que l'on sache que la lutte antituberculeuse entreprise sous la formule des dispensaires et des sanatoriums à surtout pour but d'enrayer la propagation de la maladie autour du malade contagieux » (professeur Leuret).

Or la notion de la contagion de la tuberculose et de la contamination tuberculeuse dans les hôpitaux généraux ne semble pas être une vue de l'esprit et repose certainement sur autre chose qui l'interprétation fausse d'une belle expérience de laboratoire comme l'affirme M. Auguste Lumière. C'est un fait d'observation trop souvent renouvelé hélas ! — un grand nombre d'auteurs en ont présenté des exemples multiples. La netteté de certains de ces exemples leur donne la valeur d'une démonstration rigoureuse. Evidemment il ne s'agit pas d'une contagion, dont on puisse constater les faits sur un espace de temps très court. Si elle ne tombe pas sous les sens, si elle se fait à la longue, si ses effets sont souvent lointains, elle n'en est que plus redoutable.

Il est donc nécessaire d'éviter aux autres malades la promiscuité dangereuse des bacillaires contagieux, ce qui montre qu'il était naturel, logique, de penser à faire du sana un instrument de prophylaxie, aussi logique d'ailleurs qu'il eut été injuste de ne penser qu'à cela. Aussi bien l'idée thérapeutique était-elle dès le début dans la conception du sanatorium, c'est elle qui fit abandonner les projets d'hospices de tuberculeux incurables et qui montra rapidement que les solutions d'abord préconisées de salles spéciales pour tuberculeux et de sanatoriums urbains étaient insuffisantes et incomplètes, ne comprenant pas tous les éléments de la cure sanatoriale.

But thérapeutique. Les trois éléments fondamentaux.

Il s'agit d'examiner maintenant quels sont les éléments qui font du sanatorium une arme thérapeutique. Comme nous l'avons déjà dit, à la base de la cure sanatoriale sont trois notions fondamentales : la cure d'air, la cure de repos et une alimentation rationnelle.

Puisque c'est de ces principes que se réclame le sanatorium et qu'il tire toutes ses propriétés, il est évident que leur examen et leur discussion détermineront sa valeur, et nous montreront quelle en peut-être l'utilité. C'est là un des buts de notre travail. Cette étude va donc nous retenir.

Nous ne manquerons pas d'y ajouter des considérations sur le choix des malades et la durée de la cure. Ces deux points ont comme nous le verrons une importance capitale. Dans les diverses façons dont ils ont été compris, et les décisions qu'ils ont suscitées, résident certainement les erreurs les plus tenaces et aussi les plus funestes dont le sanatorium ait eu à souffrir.

L'air. — L'importance de la qualité de l'air n'a pas échappé aux anciens. Celse en particulier l'avait bien notée : Le médecin romain écrivait à propos du traitement de la tuberculose :

« Il faut, si les forces le permettent, entreprendre de longues navigations, changer de climat et passer dans un air plus épais que celui que l'on quitte. » Cette idée longtemps abandonnée sombrait encore sous le poid des doctrines de Broussais; mais elle retrouva sa faveur auprès de Laënnec qui écrivait : « Les bords de la mer, surtout dans les climats doux et tempérés, sont sans contredit les lieux où l'on a vu guérir le plus grand nombre des phtisiques et je les conseille chaque fois qu'ils sont praticables. » Tout en notant l'évolution des idées qui s'est faite à ce sujet et les divergences entre les conceptions actuellement en faveur et celles d'autrefois nous devons cependant constater que l'utilité du climat est une notion fort ancienne. Son influence sur l'évolution de la tuberculose n'avait pas laissé les auteurs indifférents.

Plus tard en 1860, Guenaud de Mussy, stigmatisait sa pensée dans cette formule heureuse : « L'air est le premier médicament ».

Depuis, si l'on s'en tient à une impression première, la cure d'air semble avoir toujours eu, parmi les médecins, la faveur qu'elle méritait. Cependant, et même sans y regarder de très près, il apparaît que cette notion de l'air pur a été souvent considérée d'une façon superficielle, simpliste ou incomplète. D'ailleurs, bien peu d'auteurs s'étaient jusqu'ici attachés à donner sur l'ensemble de la question une étude approfondie. Il faut en arriver à nos jours pour qu'on s'attaque au problème avec un esprit et des méthodes vraiment scientifiques, grâce sans doute au perfectionnement incessant des appareils et des moyens d'investigations apportés par les savants modernes. Dans ce qui suit, loin d'avoir la prétention d'entreprendre une étude détaillée de la question nous avons essayé simplement de nous faire une idée de son ensemble. On y verra, comment il est impossible de détacher de cette question de l'air certaines considérations, comme celles concernant la climatologie, l'étude du climat étant partie intégrante et n'étant qu'un chapitre, le plus important d'ailleurs, de cette vaste question de l'air pur.

Pour qu'un air soit pur, il ne suffit pas qu'il soit simplement exempt de poussières, fumées ou microbes, mais encore faut-il qu'il se montre normal, dans sa composition chimique comme dans ses qualités physiques. De ceci, il découle que l'étude de l'air au point de vue de la cure sanatoriale comporte l'examen de sa composition chimique, des particules solides, fumées, poussières, microbes qui pourraient le polluer et, enfin, l'étude des propriétés physiques constituant précisément cette science que l'on nomme la climatologie. Dès lors, nous ne pouvons que nous étonner lorsque de soi-disants partisans de la cure d'air, qui proclament sa nécessité, déclarent d'autre part : quant au climat, son importance est secondaire et la notion n'est pas nouvelle.

Il semble pourtant évident, que l'on ne peut, en négligeant la climatologie dans l'étude de l'air, avoir la prétention d'épuiser tout le sujet. Les propriétés physiques de l'air ne sont sans doute pas les seules dignes de considération dans son rôle thérapeutique, mais il serait abusif de leur dénier *à priori* toute importance.

Un exposé, qui, dans le cadre de ce travail, ne peut être que très rapide, va cependant nous montrer combien un certain nombre de considérations peuvent, ou pourront à l'avenir, présenter un intérêt non négligeable pour le phtysiologue, en particulier lorsqu'il s'agit de trouver pour le sanatorium une situation répondant le mieux possible à ses fins.

La composition chimique de l'air nous retiendra assez peu. Nous nous arrêterons à peine sur la question de l'air vicié et de l'air confiné si ce n'est pour faire cette remarque bien classique : que la grande ville convient peu aux tuberculeux, car, « cette athmosphère des grandes villes aux propriétés réductrices est constituée par l'air confiné ». Dépourvu d'ozone, il contient les anthropotoxines, poisons alcaloïdes organiques agissant à de très faibles doses, des fumées, des poussières, souvent même des vapeurs toxiques qui ne sont pas sans influence sur l'appareil respiratoire de l'homme. Il faut tenir compte aussi de ce que la présence de toutes ces particules

étrangères entraîne une diminution considérable de la luminosité, trouble la thermogénèse par la dispersion des radiations infra-rouges. Enfin l'absorption des U. V. diminue encore sa valeur en perturbant son action sur le métabolisme du calcium et sur les germes pathogènes. Ceci suffit déjà à nous faire admettre qu'il n'est guère propice à la cure sanatoriale. Quand à l'air libre, les variations naturelles de ses composants ne dépassent jamais des limites qui pourraient le rendre dangereux : celles de l'oxygène, de l'azote et des gaz rares sont insignifiantes. On sait que l'acide carbonique varie sous l'influence des plantes à fonction chlorophylienne. Notons en passant, « vu l'importance de premier ordre de la végétation dans l'assainissement de l'atmosphère que l'habitation humaine devrait être entourée d'arbres et de plantes, notion importante trop souvent négligée en urbanisme » (Piéchaud). Cette négligence serait plus regrettable encore quand il s'agit de tuberculeux et de sanatorium.

Des éléments physiques de l'air, certains sont bien connus : la température, la pression atmosphérique, l'hygrométrie; encore qu'on n'ait pas fait une étude très serrée de leurs influences sur l'organisme humain et sa pathologie. On sait que les variations brusques de température, très faciles, étant donné la faible chaleur spécifique de l'air, sont dangereuses. On sait aussi l'influence de l'altitude et de la température sur la pression barométrique dont les variations sont néfastes au tuberculeux, provoquant poussées congestives et hémoptysies. Le chapitre de la luminosité a été aussi étudié. On connaît le pouvoir bactéricide de la lumière, en particulier, ce pouvoir abiotique des ultraviolets, son action favorisante sur les grandes fonctions physiologiques, chaleur animale, fonction respiratoire, son pouvoir analgésiant, cicatrisant. Elle est bienfaisante ou dangereuse suivant les circonstances. Il n'est pas indifférent par exemple qu'elle agisse directement ou qu'elle soit réfléchie ou bien diffusée; son intensité a aussi une grande importance dans la posologie qui n'est pas une chose aussi simple qu'on paraît souvent le croire; elle demande

à être utilisée avec à-propos. L'influence de l'état hygrométrique de l'air a été aussi étudiée, en particulier l'influence sur l'évaporation cutanée et pulmonaire. On connaît son rôle pathogène.

Sans parler du syndrome du vent du Midi, l'influence néfaste des vents est une notion banale. Sur tous ces éléments nous possédons déjà un certain nombre de connaissances, mais peut être procèdent-elles d'un empirisme un peu désordonné et trop subjectif. Peut-être, une révision employant des moyens d'investigation plus scientifiques et plus concrets est-elle encore à souhaiter dans ce domaine.

D'autres éléments sont bien moins connus; leur étude n'en est qu'à ses débuts : Ainsi la radioactivité, qui peut avoir des influences pathologiques et thérapeutiques, subit des variations considérables avec les conditions météorologiques, l'état du sol, la pression barométrique, le vent, l'altitude. Pour être complet il faudrait ne pas omettre les radiations cosmiques de Millikan les ultra-γ comme les appelle le professeur Sigalas et qui nous viennent de l'espace intersidéral.

La question de l'état électrique de l'atmosphère lié intimement à l'ionisation ne nous laissera peut-être pas toujours indifférents; elle varie avec les conditions climatiques. L'abbé Nollet, Guilleminot, Oluzet, Rochaix, Koffmann, Reech ont étudié les influences biologiques que l'on peut accorder à ces phénomènes électriques. De ses études Puech a conclu : « Les différences dans le champ électrique de l'air, toutes conditions égales d'ailleurs, modifient incontestablement le métabolisme des êtres vivant dans cet air. » « On entrevoit, dès lors, le grand intérêt pratique encore à peine soupçonné de ces études au point de vue biologique et clinique » (Piéchaud).

On voit après cela, combien est vaste le champ d'études que nous offre encore la question de l'air, celle en particulier de la climatologie; combien sont vagues, fragiles, inexistantes sur certains points les notions physio-pathologiques qui doivent inévitablement découler de ces sciences nouvelles.

La meilleure preuve n'en est-elle pas dans les divergences profondes d'opinion que l'on rencontre si souvent sur ces sujets. Pour ne citer que les plus flagrantes, comment expliquer autrement les mouvements successifs de faveur et de défaveur subis par le climat marin que maintenant encore certains préconisent et que d'autres proscrivent énergiquement.

Seule, une étude systématisée, aidée de moyens scientifiques convenables, pourrait nous aider à prévoir jusqu'à quel point ces notions changeront nos conceptions climatologiques du traitement de la tuberculose.

Sans doute serait-il difficile de soutenir *à priori* que nous y puiserons désormais les plus fructueuses applications thérapeutiques et pathologiques. Mais d'un autre côté de quoi pourrions-nous nous autoriser pour proclamer la vanité de ces recherches et décourager ceux qui se sont engagés dans cette voie. Les paroles que prononçait le Dr Dumarest dans son sanatorium de Hauteville traduisent sans doute la même pensée : « Je crois à l'action du climat, qui est bien mal connue encore et mal utilisée ; l'avenir montrera son importance que l'expérience quotidienne nous atteste ici continuellement. »

Il se peut qu'à la lumière de ces sciences nouvelles ces notions très générales de climat maritime, d'altitude, de plaine, fassent place à d'autres, plus sélectives, basées d'une part sur des connaissances climatothérapiques et pathologiques bien établies et précises, et d'autre part sur une étude rationnelle, systématique, du climat.

Le repos. — La nécessité du repos a suscité elle aussi quelques tâtonnements et quelques controverses. Notons d'abord qu'Hippocrate ordonnait seulement la modération de l'exercice.

Au début du sanatorium, en Allemagne en particulier, il n'était guère question de repos : En 1893 Gebser déclarait que les tuberculeux « retirent un certain bénéfice d'un travail accompli dans des conditions spéciales ». Bien d'autres pen-

saient ainsi, Wolff-Immerman en particulier qui fut un des initiateurs des sanatoriums populaires où la cure du travail fut instituée. Dans celui d'Herman Brehmer, le malade subissait une cure d'entraînement progressif. Son élève Detweiller parle, au congrès de Berlin (1901) « de gymnastique générale et de celle des muscles respiratoires en particulier »; d'ailleurs Detweiller lui-même, lorsqu'il succéda à son maître au sanatorium de Falkeinstein tempéra déjà cette pratique. Mais c'est en Angleterre que la cure de travail trouva ses champions les plus convaincus. c'est Paterson qui la préconisa et la réglementa, la considérant comme un facteur thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Notons que cette méthode prévoyait l'immobilisation du malade « tant qu'il est fébricitant », puis le travail progressif suivant des degrés exactement dosés, modifiés d'après l'étude de la faim et de la température buccale. Les idées de Paterson qui comportaient pourtant des restrictions importantes comme nous venons de le voir et une grande prudence dans l'application du travail trouvèrent cependant de nombreux adversaires. En France, par exemple, Martinet la déclarait trop systématique et trop dangereuse. Ceci nous prouve qu'on avait toujours admis la nécessité du repos, au moins à un certain moment de la maladie, et à peu près tous les phtisiologues s'entendaient sur ce point que le malade atteint de tuberculose évolutive, fébrile, est justiciable de la cure de repos complet. C'est l'opinion qui est aujourd'hui universellement admise, et la notion de travail, élément thérapeutique, a perdu beaucoup de ses adeptes. Et même ceux qui restent fidèles à cette formule, prévoient toujours une période de repos « obligatoire et absolu » (Benjamin Goldberg, Chicago), l'exercice ne venant qu'après, gradué et surveillé avec circonspection. Benjamin Goldberg en particulier, signale que le malade ne devrait pas être astreint à certaines besognes domestiques et que ces soins incombent en entier au personnel du sanatorium. Par exemple il ne doit pas être obligé à faire son lit, balayer, transporter les plats, etc., pendant sa cure de repos :

« La somme comparativement petite, dit-il, dépensée pour le domestique supplémentaire est plus que compensée par la guérison du malade et la diminution de la période de cure ». Il est donc clair que la cure de repos apparaît à tous comme une nécessité, et le fait que, parmi les auteurs, la préconisent même ceux qui se placent à un point de vue plus économique que médical est sans doute un des plus sûrs garants de cette nécessité.

Cette question paraît donc résolue et en réalité elle l'est. Mais on pourrait objecter, et surtout si on s'est intéressé à la question d'une façon superficielle, que l'on parle encore à l'heure actuelle de « cure de travail », et que même on en parle beaucoup. Ceci, en effet, est exact, mais ne consacre pas un revirement nouveau d'opinion, aucune divergence, aucune contradiction avec ce que nous venons d'exposer. Car ce terme n'est plus employé dans le sens qu'on lui avait primitivement donné. Il est utilisé maintenant par ceux qui s'occupent d'un des plus ardus des problèmes sociaux qu'ait soulevé la tuberculose, celui qui domine la question post-sanatoriale et qui concerne la récupération sociale du tuberculeux guéri. Nous avons l'intention par la suite de revenir là-dessus ; mais il n'est pas inutile, ici, de s'y arrêter, seulement pour éviter toute confusion qui pourrait naître de l'emploi d'une même expression désignant consécutivement deux choses en fait complètement différentes. Aux yeux de Paterson les mots « cure de travail » ont bien le sens de « traitement par le travail de la tuberculose ». Tandis qu'à l'heure actuelle ils désignent souvent une cure de réadaptation au travail du tuberculeux guéri pour lui permettre de prendre sans danger pour sa santé un métier dont il pourra vivre désormais. Le Dr Guinard en 1922 inquiet sans doute de cette confusion possible, fit observer que le terme « cure de travail » est peu exact et que l'on ferait mieux de parler « d'entraînement par le travail », ou de « rééducation à la vie active par le travail ». En fait, la confusion n'existe dans l'esprit de personne et si le terme défectueux a prévalu c'est uniquement grâce à sa

commodité qui lui donne l'avantage sur tous les autres proposés à sa place.

Le Dr B. H. Vos, médecin-chef du sanatorium populaire de Hellendoorn, dans son rapport sur l'assistance post-sanatoriale au congrès de La Haye en 1932 s'explique assez clairement à ce sujet. « A notre avis, dit-il, le nom dont on se sert pour le travail dans un but thérapeutique importe peu, pourvu qu'on s'entende bien sur le sens des mots. Personne ne songe à prescrire le travail à des malades atteints de tuberculose évolutive. Mais nous ne sommes certainement pas de l'avis de Jaquerod qui, en 1922, réclama pour les tuberculeux qui n'étaient pas tout à fait guéris « des travaux sédentaires, ne demandant qu'un minimum de dépenses physiques, mais exécutés à la campagne, dans des ateliers hygiéniques et largement aérés, parce qu'ils permettent de continuer la cure de repos tout en travaillant ». Nous croyons avoir montré par ces citations que la cure de repos n'est à l'heure actuelle même pas discutés et que même elle n'a subi aucune restriction.

Dans la triade, air, repos, alimentation, le terme « repos » garde son importance primordiale.

Alimentation rationnelle. — Le troisième élément de la cure sanatoriale est « l'alimentation rationnelle ». L'organisme du tuberculeux qui lutte contre la maladie a besoin d'un apport suffisant de matériaux nutritifs pour pouvoir triompher. La mise en œuvre des défenses antituberculeuses exige un sacrifice important d'éléments chimiques, cellulaires et humoraux. Ce n'est pas l'utilisation des réserves qui pourrait suffire à ces dépenses supplémentaires nécessitées par l'état de maladie, dans cette affection chronique toujours longue lorsqu'elle tend à la guérison. L'alimentation a donc une importance capitale dans la thérapeutique.

S'il est une catégorie de sujets offrant à la tuberculose un terrain facile, où elle évolue selon les formes les plus sévères, c'est bien celle des sujets pauvres, sous-alimentés, mal nourris, en état de misère physiologique, les alcooliques.

L'alimentation doit donc se montrer non seulement suffisante au point de vue quantitatif et qualitatif, mais aussi rationnelle, redressant certaines habitudes néfastes.

Nous n'avons pas jusqu'ici, prononcé le mot de « suralimentation ». Il a eu pourtant beaucoup de vogue. C'est lui qui est encore couramment employé dans le public et qui paraît, pour beaucoup de personnes, contenir tous les secrets de la diététique du tuberculeux. C'est que l'application trop systématique et trop étroite de cette méthode n'amenait pas toujours les résultats espérés. Ce véritable gavage occasionnait même des déboires, lassant et rebutant les fonctions digestives du malade, lesquelles présentent une certaine susceptibilité du fait même de la maladie, dont on ne songeait pas toujours à tenir compte.

Ici comme en beaucoup d'autres circonstances, on avait peut-être le tort d'être trop dogmatique, trop absolu.

Cependant la suralimentation a des indications encore nombreuses, elle garde dans la diététique du tuberculeux une place importante, mais non exclusive.

En réalité la posologie de l'alimentation varie avec chaque malade et même avec chaque période de sa maladie.

Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion détaillée de cette question. Voyons seulement quelles sont les conditions nécessaires à l'établissement d'un bon plan diététique :

Il suppose d'abord une nourriture de première qualité qui ne surmènera pas l'appareil digestif et ne détournera pas inutilement les fonctions anti-toxiques de l'organisme. Les Américains réclament une étude scientifique d'un menu par un spécialiste au courant; cette idée est très séduisante; elle permettrait de donner seulement au malade la ration alimentaire suffisante; ainsi le tube digestif aurait à produire le travail strictement nécessaire, évitant de la sorte un surmenage inutile, ce qui est précisément l'écueil d'une suralimentation excessive.

Il faut ensuite que la préparation des plats, soit faite d'une façon consciencieuse et que leur présentation soit non seu-

lement propre, mais agréable. Lorsqu'on connaît l'influence de l'élément psychique sur l'appétit et aussi son rôle primordial dans la mise en action des sécrétions digestives, on ne peut négliger ces considérations ou les tenir pour secondaires ou accessoires.

Tels sont les trois éléments fondamentaux qui constituent les bases de la cure sanatoriale : Air, repos, alimentation rationnelle. Chacun de ces éléments s'est groupé, dans la conception de la cure sanatoriale sans soulever en fait d'importantes discussions de principe. L'utilité et la nécessité de chacun ont été rapidement établies. Si des divergences d'opinion sont nées, ce n'est somme toute, que pour des détails d'application. Ceci ne permet pas de douter du principe lui-même de la cure, mais montre cependant que son application n'est pas réalisable dans tous les cas d'une façon simpliste et ne peut être soumise à des lois trop absolues, d'un dogmatisme intransigeant. Il faudra, au contraire, envisager des cas d'espèce, savoir y appliquer avec discernement et une certaine souplesse, les trois termes de la cure.

Ceci nécessite de la part du médecin, une connaissance assez profonde de la maladie et de ses formes particulières et exige une surveillance attentive et continue du malade qui devra à son tour suivre strictement les prescriptions imposées. C'est évidemment pour répondre à ces conditions, qu'est fait le sanatorium : Etablissement « Fermé, discipliné et aseptique » selon la formule de Brouardel. Ainsi, il permet au médecin de rester en relation journalière avec son malade de façon à ce que rien ne lui échappe dans l'évolution de la maladie. Il lui assure que ses prescriptions seront observées qu'elles ne seront ni négligées, ni mal appliquées. Ainsi compris le sanatorium peut prétendre à la réalisation efficace de la cure hygiéno-diététique.

Le choix des malades. — Théoriquement, il semble que l'interprétation éclairée de ces éléments suffise à la réalisation

d'un sanatorium fonctionnant dans des conditions idéales capables de lui faire atteindre immédiatement son rendement optimum. Nous allons voir comment il n'en fut pas ainsi et que des considérations qui au début auraient pu paraître accessoires et incapables de troubler son fonctionnement se sont montrées d'une importance vitale quoique longtemps insoupçonnée.

Ainsi dès le début, et surtout à ce moment-là, où le nombre des tuberculeux était considérable par rapport au nombre de lits disponibles dans les sanatoriums, un grave problème se posait : celui de la sélection des malades. Malgré ce qu'il comporte d'attristant au point de vue humanitaire et moral, ce choix s'imposait. Le problème a présenté d'ailleurs une difficulté considérable. Il a coûté à la méthode sanatoriale la plus grande part de ses déboires, et les insuccès à l'origine desquels il faut savoir le trouver, ont failli perdre sa cause. L'idée maîtresse qui guida le médecin dans cette voie, fut de faire entrer au sanatorium, parmi tous les tuberculeux, ceux qui devaient en tirer le plus grand profit ; c'est-à-dire, d'abord les tuberculeux curables. On se rappelle la phrase du professeur Granchez : « La tuberculose est la plus curable des maladies chroniques ». Il fallait donc chercher parmi les formes de la maladie celles qui étaient susceptibles de guérir. On pensa, et avec raison, qu'en prenant le mal à son début, on avait le plus grand nombre de chances d'en arrêter l'évolution. Là, déjà, la tâche devenait angoissante. Il fallait donc en arriver à refuser l'entrée du sanatorium à ceux qui paraissaient en avoir le besoin le plus légitime et le plus urgent, mais que l'on considérait comme irrémédiablement condamnés pour admettre à leur place ces autres, moins atteints, dont la santé paraissait même quelquefois florissante et qui aux yeux des médecins conservaient seuls quelque espoir de guérison. Ce procédé pouvait-il passer pour autre chose qu'injuste et inhumain ? c'est ce qui provoqua cette boutade : « que le sanatorium ne guérissait que des bien portants ».

Il est bien évident que les idées adoptées en matière de

curabilité de la tuberculose étaient de nature à avoir sur le fonctionnement du sanatorium et sur ses résultats, une influence considérable. C'était comme une aventure dans laquelle il tentait un peu sa chance. Il pouvait fort bien se faire d'une part que ces déterminations fussent très avantageuses pour lui et qu'il y gagnât même une réputation surfaite ; mais aussi bien, d'autre part, pouvaient-elles lui faire perdre tout crédit si elles lui devenaient défavorables. Nous verrons comment cette dernière éventualité fut pour lui la cause méconnue de discrédit et d'insuccès.

Il y a trente ans à peine, une idée universellement admise en matière de tuberculose était celle de son début insidieux et lent. C'était un de ces dogmes inattaquables que personne ne songeait plus à contester, pas même à vérifier. Par voie de conséquence logique, on s'ingéniait donc à découvrir les manifestations les plus primitives du mal. Celles, précédant la symptomatologie qui le rend patent mais n'apparaît que très longtemps après le début, au moment où le malade paraît être au-dessus des ressources du sanatorium. Brouardel et Grancher disaient qu'il faut choisir « le tuberculeux à l'extrême début du mal, avant l'expectoration bacillaire à la période de prétuberculose, avant la fièvre, l'amaigrissement. Quant à la caverne il était entendu « qu'on n'avait aucun intérêt à la soigner en sanatorium ».

C'est alors que l'on décrivit les signes de début qui posaient l'indication idéale de la cure hygiéno-diététique. On parla d'induration des sommets décelée à la percussion, de la dèpression sus-claviculaire, de la dilatation inégale des pupilles, du liseré gingival, de l'inspiration saccadée et rythmique du cœur, de l'engorgement de la base, de la rudesse du murmure vésiculaire. Ces signes dénoncent le début d'une tuberculose d'après les articles de Ch. Amat, Brouardel. Grancher lui-même signala l'altération permanente du murmure inspiratoire et créa le terme de « respiration anomale » qui resta classique.

Ainsi les médecins de sanatorium, inquiets de ne prendre que des tuberculeux « curables ou améliorables » et s'appuyant

sur les conceptions classiques, ne considéraient comme malades au début que les apyrétiques. Ils refusent systématiquement les fébricitants et les formes aiguës. Certains cependant admettaient tous les tuberculeux, mais ils étaient la minorité. Ce n'était pas d'ailleurs par réaction contre les données précédentes mais plutôt parce qu'ils poursuivaient un but différent, cherchant dans le sanatorium un instrument plus prophylactique que thérapeutique.

Il y avait d'ailleurs de grandes différences au sujet des critères adoptés par chaque sanatorium dans le choix des malades. Ici un symptôme n'avait pas la même importance que dans l'établissement voisin. Certains refusaient des malades que d'autres eussent acceptés.

Cependant quelques médecins et des phtisiologues en particulier signalaient cette difficulté rencontrée dans la sélection que leur imposaient les doctrines de l'époque et montraient que le plus souvent ces doctrines s'accordaient mal avec la constatation simple des faits; que les critères employés étaient infidèles et trompeurs. Graucher et Brouardel que nous avons vu plus haut réclamer une « Sélection rigoureuse des malades », écrivaient à quelques mois d'intervalle : « Nous devons nous efforcer de réaliser la cure par l'hygiène, partout où nous mettrons des tuberculeux. Il est au surplus très difficile, impossible même de dire à priori que tel tuberculeux guérira et tel autre succombera, et rien n'est plus délicat que de formuler un pronostic certain en matière de tuberculose. » C'est reconnaitre comme à peu près inapplicables les mesures utiles préconisées plus haut... En 1901, le Dr Dumarest dont on connaît l'autorité en matière de tuberculose admettait « que si l'on considère l'importance du service que l'on peut rendre même aux malades qu'on ne guérit pas, tous les tuberculeux ont droit au meilleur des traitements (Il s'agit évidemment du traitement par le sanatorium).

Aussi, petit à petit les données expérimentales de l'observation clinique, dont les idées théoriques pour présenter quelque garantie doivent toujours tirer leur justification, vinrent

jeter sur le dogme du début insidieux de la tuberculose un doute qui s'est montré de plus en plus justifié.

De telle sorte qu'à l'heure actuelle, il n'est plus à démontrer que la tuberculose débute souvent par un épisode aigu. On considère que ce début aigu a lieu au moins dans la moitié des cas. Tout le monde reconnaît maintenant ces débuts par une hémoptisie, un rhume, une grippe, une bronchite, une pleurésie. Le début pneumonique n'est pas moins classique... Dans la sélection des malades sanatoriables comme on l'entendait autrefois, il n'aurait donc pas fallu éliminer sans examen les formes aiguës puisqu'on y trouve la moitié des cas de tuberculose au début. Et même, ne semble-t-il pas que ces formes seront admises le plus souvent, car leur diagnostic est plus facile et elles passent moins facilement inaperçues à leur début que lorsque celui-ci est insidieux; dans ce dernier cas en effet le médecin n'est consulté qu'à une période avancée de la maladie. Alors les chances de guérison sont effectivement diminuées.

Signalons aussi qu'en s'attachant à choisir leurs malades chroniques au début, les sanatoriums se basaient sur des données cliniques assez fragiles, s'adressaient à des manifestations pathologiques frustes. C'est ce qui explique, que des malades non tuberculeux entraient dans les sanatoriums. En 1927 le docteur Thibault, publiant à ce sujet une statistique, est amené à conclure que : « Un bon tiers de leurs malades (ceux des sanatoriums) peuvent être suspectés de non tuberculose. » Ces pseudo-tuberculeux sont surtout atteints d'affections nasales, de bronchectasies, kyste hydatique, sclérose post-pneumonique, tumeurs malignes ou bégnines, abcès du poumon, affections cardiaques, néphrites, etc.

Donc « en se basant sur des données, hier encore classiques, du diagnostic et de l'évolution de la tuberculose, les sanatoriums ne traitent pas seulement et uniquement des cas au début, ils en éliminent au moins la moitié, et un bon tiers de leurs malades peuvent être suspects de non tuberculose. Ceci nous prouve donc qu'il y a erreur dans les conditions

de fonctionnement des sanatoriums puisqu'elles se trouvent une fois de plus en contradiction avec la clinique » (Dr Thibault)... Il n'était pas inutile de rappeler ces critiques, car il n'y a pas longtemps encore, dans certains sanatoriums, on se croyait obligé de procéder à la sélection des malades; sélection que l'opinion générale s'accorde de plus en plus à déclarer ardue, sinon impossible, souvent arbitraire, quelquefois injuste.

Cette formule du professeur Leuret qu'il a toujours préconisée résume bien les conclusions qu'il faut tirer de tout ceci : « Tous les tuberculeux au sanatorium ». « Nul ne peut, a-t-il écrit, en présence d'un cas de tuberculose décréter *à priori* si celui-ci rentre dans les cas curables ou non; on voit des malades paraissant légèrement atteints dont rien ne peut enrayer la marche inexorable de leur maladie; par contre, on voit des malades dans un état pitoyable, qui bénéficient contre toute attente de la cure sanatoriale. Dans cette incertitude de pronostic, il me semble qu'il n'y a qu'une formule acceptable : Tous les tuberculeux qui le désirent doivent pouvoir trouver les possibilités d'une cure sanatoriale. »

Durée de la cure. — Un autre point qui dès le début fut préjudiciable au meilleur rendement du sanatorium est celui qui régla la durée de la cure. Il semble bien en effet que ce soit à la naissance du sanatorium populaire que remonte l'erreur commise à ce sujet; c'est d'abord en Allemagne qu'on peut la souligner : Créés par des compagnies d'assurances sociales, organes essentiellement administratifs, le sanatorium populaire se ressentit immédiatement de cette paternité. Il reçut des règlements précis qui en certains points étaient nécessaires. Mais il se trouva, qu'en d'autres circonstances, ils furent d'un effet moins heureux. C'est ainsi que l'on voulut limiter la durée de la cure dans les délais fixés.

Les sanatoriums qui en général répondent à un but humanitaire n'avaient pas été créés par les compagnies uniquement dans ce sens.— Il s'agissait surtout de traiter des ouvriers mala-

des, et par conséquent à la charge de la compagnie pour essayer de leur faire récupérer leur capacité de travail. Trois mois de cure sanatoriale semblaient suffisants pour cela. Voici du reste une phrase tirée d'un article de Ed. Stadler (1903) : « Le court traitement de quelques mois dans les sanatoriums suffit pour allonger la durée de la vie et de la capacité du travail chez 1/4 et même 1/3 des malades au premier et deuxième degré de la tuberculose dans une proportion variable, mais parfois jusqu'à trois ans. »

On considérait qu'après ce délai les progrès nouveaux étaient assez peu importants et trop lents pour qu'il y eut intérêt à prolonger la cure. Ce paraissait être le délai de rendement optimun du sanatorium.

C'est dans ces conditions que naquit l'habitude de limiter à trois mois la durée du séjour au sanatorium pour chaque malade. Ainsi sur la plupart des statistiques publiées il est mentionné qu'il s'agit de malades ayant fait à l'établissement un séjour de trois mois environ.

On s'aperçut bientôt que l'intérêt de la cure nécessitait la prolongation du séjour au sanatorium. Déjà en 1905 l'attention s'était portée sur ce point : Goldsmid de Strasbourg écrivait : « Les malades y passent (au sanatorium) trop peu de temps. » Il fallut encore attendre pour qu'on en tint compte pratiquement ; car en 1912 Burnand écrivait dans le *Paris médical* : « Il faut des cures longues et au besoin répétées. « Citons encore un document plus récent, paru dans le *Marseille Médical* de 1928, dans lequel le Docteur Baillet dit que le rôle du sanatorium a été mal compris lorsqu'on a limité le séjour du malade à trois mois, délai insuffisant.

Notre Maître le professeur Leuret pense que la cure doit se prolonger selon les malades. Non point, pour établir des limites trop précises, qui n'auraient pas d'intérêt pratique, mais plutôt pour schématiser sa pensée il envisage que la cure peut suivant les cas s'échelonner sur des durées de 3 mois, 6 mois, 18 mois, et plus.

Il est d'ailleurs difficile de prévoir à l'entrée d'un malade

le temps qui lui sera nécessaire pour réaliser sa guérison, tellement l'évolution de la tuberculose est variable dans chaque cas et soumise à un grand nombre d'influences. Ce sont les médecins les plus avertis, les plus expérimentés qui s'étonnent le moins des surprises que souvent elle cause.

Avant d'aborder sa discussion il nous a semblé que cette étude d'ensemble de la méthode sanatoriale n'était pas superflue. Nous avons essayé de nous rendre compte de la façon dont cette méthode a été conçue et menée. Ceci nous permettra de faire dans lès reproches qui lui sont adressés deux parts. Nous essayerons de distinguer s'il en est parmi eux qui décèlent un défaut fondamental de la méthode, ce qui serait grave. Nous en avons trouvé d'autres qu'on ne doit nullement négliger car ils sont profitables à la cause du sanatorium. Ce sont ceux qui, malgré ce qu'on en avait pensé, n'atteignent pas la méthode dans son principe. Nous avons essayé précisément de les ramener à leur véritable objet.

III. LES CRITIQUES.

L'ensemble des critiques adressées au sanatorium se divise en deux catégories. Certaines demeurant sur un plan théorique discutent surtout les idées et s'attaquent au principe du sanatorium.

D'autres dédaignant les discussions philosophiques préférent s'en tenir aux faits qui leur fournissent des éléments d'appréciation plus tangibles. Ils veulent juger le sanatorium uniquement sur les résultats et cherchent dans les statistiques en particulier le seul critérium de sa valeur. En fait, on ne doit pas être trop exclusif, et si les discussions théoriques sont souvent interminables et stériles, d'un autre côté, il est très dangereux de s'en remettre aux chiffres avec une confiance aveugle. Il est certain que les principes théoriques doivent être sanctionnés par les faits. Mais les faits eux-mêmes demandent à être interprétés et discutés avec discernement.

Prophylaxie. — Les premières critiques, sont celles qui attaquent le sanatorium au nom de la lutte antituberculeuse :

On a pensé que pour atteindre le mal il fallait mettre en œuvre des moyens proportionnés à son étendue considérable, et que de plus il était illusoire et vain de ne s'attaquer qu'à ses effets par le traitement pur et simple des malades. Ainsi on s'attachait à organiser la lutte sur le terrain prophylactique et étiologique. On voulait par des mesures appliquées sur une grande échelle faire disparaître tous les foyers et toutes les causes de contamination pour obtenir des résultats appréciables et définitifs. Le sanatorium par ses moyens limités ne pouvait pas répondre à ces exigences et ses efforts dans ce vaste cadre de médecine sociale paraissaient devoir rester

toujours minimes et infructueux. Ceci parut d'autant plus évident lorsqu'après quelques années de fonctionnement on crut pouvoir juger les résultats qu'il donnait. Etant donné le nombre restreint de sanatoriums, et comme on ne pouvait tenir compte des erreurs du début qui paralysaient ses moyens, le rôle du sanatorium sembla très effacé. L'ensemble des tuberculeux qu'il fallait atteindre parut énorme à côté du nombre infime des malades sur lesquels portait son action. Le grand reproche que l'on faisait alors aux Allemands c'était précisément d'avoir pris le sanatorium comme pivot de la lutte antituberculeuse.

L'examen de ce qui fut écrit dès les premières années de ce siècle va montrer clairement quel était l'état d'esprit de ceux à qui était dévolue la responsabilité médicale de cette lutte antituberculeuse.

Dans une séance à l'Académie de médecine, Raoul Brunon proclamant « l'inutilité sociale du sanatorium », disait : « Le rôle social du sanatorium repose sur une erreur médicale, pour enrayer la tuberculose il faut s'adresser à ses causes (alcool, taudis, ignorance ou mépris de l'hygiène). Au Congrès de Londres de 1901, Landouzy émettait une opinion analogue : « Comparé au grand nombre des tuberculeux, le nombre de cas de guérison relevés dans le sanatorium est si petit qu'il ne peut exercer aucune influence sur la diminution de la tuberculose en général ».

Grancher disait encore : « Je suis pour le sanatorium, instrument d'assistance, organe accessoire, annexe, adjuvant de l'hygiène publique. Je suis contre le sanatorium allemand, principe et *primem movens* de la lutte anti-tuberculeuse instrument capital de la prophylaxie sociale. Et encore : « On parle beaucoup de tuberculose et chaque peuple s'efforce d'apporter une barrière à sa marche envahissante. L'Allemand lutte contre elle par le sanatorium et l'Anglais par le beef-teack et le tennis. Je préfère la méthode anglaise plus agréable et plus efficace. »

Beaucoup d'autres exemples nous montreraient que c'était

là le grief le plus important qu'eut à subir le sanatorium.

A quoi tient cet état d'esprit si peu favorable au sanatorium ? Il est certain qu'elles nous paraissent maintenant trop sévères. Pour expliquer cela, il faut tenir compte de la complexité considérable du problème médico-social qui se pose brusquement aux médecins. Le désir louable et impatient de trouver la solution la meilleure a-t-il peut-être entraîné ceux qu'il animait à forcer un peu l'expression de leurs sentiments et l'audace de leurs conceptions. Et c'est peut-être seulement à la lumière de ces 20 dernières années qu'il était possible d'établir des opinions exactes et de faire la mise au point que nous allons essayer d'exposer.

Et d'abord, est-il bien sûr que le sanatorium n'a aucune influence sur la diminution de la tuberculose en général, qu'il n'a aucune valeur prophylactique ? Déjà en 1904, le docteur Kuss s'élevait contre cette affirmation par trop arbitraire. La grave question de la contamination des malades par les tuberculeux dans les hôpitaux généraux va nous fournir un premier argument. N'avons-nous pas relaté déjà l'effort que l'on fit au début pour séparer les tuberculeux dans des établissements spéciaux. Si maintenant nous ajoutons que les cas de contamination du personnel des sanatoriums sont tellement rares qu'on peut les négliger il nous est bien permis de dire que le sanatorium résout complètement ce premier problème de prophylaxie qui n'est certes pas à négliger.

Mais il y a certainement plus. La cure sanatoriale préserve aussi la famille et l'entourage du tuberculeux, d'abord, pendant son séjour au sanatorium ce qui est déjà très important car à ce moment-là, le malade n'est pas moins dangereux que dans la période de trêve ou de guérison apparente, mais aussi après que le malade est rentré chez lui, et ceci par le fait de l'éducation reçue dans l'établissement. On ne peut nier les bienfaits de cette éducation faite au sanatorium. Elle est seule effective : Le malade aidé par une discipline bien comprise prend naturellement des précautions d'hygiène Il y est encouragé par la sollicitude du médecin qui a toute

sa confiance et dont il attend la guérison. Lorsqu'il est tenté d'oublier ces précautions il y est ramené par l'ambiance du lieu et par la force de l'exemple qui est un stimulant puissant. Il bénéficiera continuellement de cette émulation que les médecins attentifs savent toujours créer dans leur établissement. Nous avons été frappé au sanatorium de Feuillas de la docilité avec laquelle les malades se pliaient aux règles de l'hygiène et nous pensons que cela est dû à la bienveillance et à la discrétion dont on savait les entourer constamment. Ainsi ces pratiques prendront pour le malade la force d'une habitude dont il pourra d'autant moins se débarrasser qu'il l'aura acquise, non pas peut-être sans quelque effort, mais sans déplaisir et sans rancœur. Nous verrons plus loin que cette éducation est à peu près impossible en dehors du sanatorium.

On peut considérer avec notre Maître, le professeur Leuret, que « tout malade qui vient se faire soigner, qui accepte d'entreprendre son éducation hygiénique au sanatorium est un danger de moins pour la collectivité et que tout cas de tuberculose bien soigné et bien éduqué représente un bénéfice de 5 à 6 sujets qui ne seront pas contaminés ».

Ainsi, quoique étant un organe essentiellement thérapeutique, le sanatorium ne peut pas être accusé cependant de n'avoir aucun effet phophylactique. Mais il est bien évident qu'il n'a pas la prétention de résoudre à lui seul le problème prophylactique qui lui est en somme étranger.

Etiologie. — On a accusé, nous l'avons vu, le sanatorium de n'être pas étiologique et d'être, de ce fait, irrationnel. A quelle cause de la tuberculose faudrait-il donc s'adresser pour faire œuvre véritablement étiologique ? Ce serait évidemment au bacille lui-même. Ce serait le seul moyen prophylactique rationnel. De ce côté-là nous restons hélas ! impuissants. Restent de nombreuses causes secondaires, favorisantes, adjuvantes. Nous voulons bien que l'on place au premier rang parmi elles l'alcoolisme, les taudis, les ateliers

et usines insalubres, le mépris de l'hygiène, le terrain tuberculeux etc... qu'on lutte énergiquement contre eux. Mais pourquoi dire que le fait de supprimer la contagion interhumaine n'est pas une action étiologique au moins au même titre que les précédentes, et c'est ce à quoi arrive le sanatorium. Il semble pourtant que c'est encore le moyen étiologique le plus immédiat. D'ailleurs, il n'est pas dans notre pensée d'établir une hiérarchie entre tous ces moyens. La tuberculose, maladie si profondément enracinée dans notre société doit être attaquée par tous les moyens efficaces dont nous disposons. Aucun ne doit être négligé; d'ailleurs ces moyens agissent dans des sphères très différentes, ainsi leurs actions s'ajoutent et se complètent, Ils ne s'excluent pas. C'est pour cela que nous comprenons difficilement l'idée du professeur Grancher, lorsqu'il disait : « L'Allemand lutte contre elle par le sanatorium et l'Anglais par le beefteack et le tennis. Je préfère la méthode anglaise », etc.

Question financière. — Enfin il est un dernier point qu'il faudrait envisager : c'est la question financière que soulève le sanatorium. On a établi qu'un pays voulant posséder un armement sanatorial suffisant doit disposer d'un nombre de lits égal à celui des décès annuel par tuberculose. Ce nombre de lits représente une somme évidemment considérable. Mais l'exemple de l'étranger prouve qu'elle n'est pas absolement impossible à réaliser. Le Danemark est actuellement arrivé dans un temps relativement court à atteindre ce nombre pratiquement nécessaire de lits. Il ne nous appartient pas de discuter ici les différences de situation économique entre ce pays et le nôtre. Sans aller si loin, considérons ce qui a été réalisé en France. Nous possédons maintenant 28.000 lits de sanatorium (*Revue de Physiologie* de 1933). Il est évident que si l'on se croit obligé d'atteindre dans un temps très limité le chiffre idéal proposé la chose devient impossible. Mais ces réalisations trop immédiates sont elles si souhaitables ? Elles demandent un effort brutal épuisant pour le pays

et ces réalisations précipitées risquent souvent de n'être pas durables, n'ayant pas pu être consacrées et guidées par l'expérience. Il est évident que cette entreprise a dû paraître à son début démesurée et téméraire. Aujourd'hui, en face de tout ce qui a été fait, en face de l'effort fructueux accompli, le doute n'est plus permis et l'on n'est plus autorisé à dire que le sanatorium est irréalisable, lorsque 30.000 lits sont là pour démontrer qu'on n'est tout de même pas si loin de toucher au but. Il nous faut signaler ici que l'on dépense encore de l'argent à la construction d'établissements héliothérapiques, d'altitude, de sanatoriums maritimes pour extra-pulmonaires alors que, comme l'a montré le docteur Poix, beaucoup de ces établissements déjà existants n'ont pas leur effectif au complet. Ceci nous oblige à constater que les efforts n'ont pas toujours été dirigés convenablement. Il serait souhaitable à l'avenir de réaliser une meilleure coordination. Il n'est pas jusqu'à la bienfaisance privée dont les initiatives ne doivent être guidées, pour éviter ces erreurs préjudiciables, qui, en somme, la détournent de son but.

Dans les discussions qui précédent, il faut bien faire entrer une considération humanitaire qui nous semble dominer toutes les autres, et qui seule arriverait à justifier l'existence du sanatorium. C'est la nécessité, l'obligation de soigner les malades. Le tuberculeux exclu des hôpitaux ordinaires a le droit des soins appropriés à son état.

Thérapeutique. — Il nous faut donc examiner maintenant si le sanatorium a quelque intérêt thérapeutique. Nous n'insisterons pas sur quelques critiques qui se condamnent elles-mêmes par le parti pris flagrant que témoigne leur exagération. On a dit par exemple : « « Le sanatorium est un moyen de traitement complètement inefficace, sinon dangereux, beaucoup d'infortunés malades ont vu leur terrible mal s'y aggraver. »

Il n'en est pas moins vrai que le rendement n'a pas toujours paru très heureux. On s'est basé pour l'apprécier sur les sta-

tistiques publiées par les divers sanatoriums. Mais l'élaboration de ces statistiques n'a pas été aussi mathématique qu'on pourrait le penser. En effet, l'interprétation des résultats est chose très variable. D'abord on ne s'est pas entendu sur les critères de la guérison, certains auteurs même se refusent à employer ce mot considérant que la chose n'existe pas en matière de tuberculose. Il est bien évident que le terme d'amélioration employé encore dans les statistiques prête à des appréciations beaucoup trop subjectives pour être absolument uniformes. Enfin, beaucoup parlent de guérisons économiques, basées sur le recouvrement de l'aptitude au travail. Il faudrait en plus que les statistiques rendent compte de l'état du malade le plus longtemps possible après sa sortie. Mais ici encore pour apporter un jugement rigoureux il faudrait tenir compte des conditions de vie matérielle et hygiénique dans lesquelles sont replacés les malades.

Les statistiques qui portent sur l'aptitude au travail à la sortie du sanatorium fournissent évidemment des chiffres qui donnent du sanatorium une opinion très flatteuse. On parle de 60% et même 80% de ces guérisons économiques. Nous savons bien qu'elles n'étaient pas durables. Mais nous sommes cependant obligé de faire cette constatation : Le sanatorium a eu une influence indéniable sur la maladie. Cette influence s'étend sur un grand nombre de cas, de plus elle est assez importante puisque les ouvriers ainsi malades ont vu dans l'espace de 3 mois leur mal régresser au point de leur permettre la reprise d'un travail demandant toujours une dépense appréciable d'énergie.

D'autre part, on sait que si les résultats éloignés sont mauvais, c'est en partie à cause de la durée de la cure qui a été pendant longtemps réduite à l'extrême comme nous l'avons déjà exposé.

Occupons-nous maintenant des statistiques qui s'en tiennent au point de vue médical. En moyenne elles comportent toutes des succès classés selon les cas parmi les guérisons, ou que d'autres étiquettent : disparition de tous les signes

de la maladie. Le pourcentage de ces cas que nous confondrons dans la même catégorie oscille autour de 20%.

La catégorie des améliorés oscille autour de 60%, et cela ne peut-il pas nous ouvrir de grandes espérances ?

D'abord si l'on veut bien se rappeler maintenant un certain nombre de défectuosités signalé dans le cours de cette première partie dénotant que le sanatorium ne fonctionne pas encore dans les conditions idéales, ne peut-on pas espérer qu'après les rectifications faciles à envisager cette catégorie de malades fournira des guérisons plus complètes et plus durables.

Si en plus de cela nous pensons aussi aux nouveaux moyens thérapeutiques que nous allons examiner comment pourrait-on désespérer de lutter avec de plus en plus de succès contre ce mal considéré il n'y a pas encore bien longtemps comme incurable.

Conclusion. — En conclusion nous avons montré la valeur intrinsèque du sanatorium en temps qu'élément thérapeutique et même prophylactique. Nous avons aussi relevé dans notre étude certains défauts qui ont marqué l'application de la cure hygiéno-diététique de la correction desquels le sanatorium ne pourra que tirer profit.

DEUXIEME PARTIE

LE SANATORIUM ET LES THERAPEUTIQUES MODERNES ANTI-TUBERCULEUSES.

Nous venons d'étudier dans le précédent chapitre le rôle incontestable du sanatorium en tant qu'élément de cure climatique et hygiéno-diététique, et nous nous sommes efforcé de montrer que le repos, la bonne alimentation, le climat favorable, ne pouvaient être utilement appliqués comme agents de lutte anti-tuberculeuse que dans le cadre du sanatorium.

A vrai dire, une telle démonstration avait à peine besoin d'être faite.

Malgré les critiques nombreuses qui saluèrent son apparition, le sanatorium avait définitivement pris place au premier rang de la lutte anti-tuberculeuse et sa nécessité était devenue aux yeux de tous à peu près indiscutable, au point que la conception de cure climatique et hygiéno-diététique se confondait pratiquement avec l'idée de sanatorium.

Mais actuellement, des méthodes thérapeutiques nouvelles sont apparues, qui ont profondément modifié les données du problème que nous avons pris pour tâche de résoudre.

Ces thérapeutiques nouvelles ont pris une place de plus en plus grande dans la lutte anti-tuberculeuse, et c'est précisément à cause de la confusion auparavant faite entre l'idée de sanatorium et la conception exclusive de cure climatique qu'il a été permis de se demander si ces nouvelles thérapeu-

tiques n'allaient pas avoir pour inéluctable conséquence d'éliminer le rôle et les fonctions du sanatorium.

Puisque désormais le phtisiologue avait à sa disposition des méthodes d'une efficacité bien démontrée, et d'une commodité évidemment supérieure à la cure sanatoriale, était-il vraiment nécessaire de maintenir cette institution désormais préhistorique du sanatorium ?

Certains n'ont pas hésité à proclamer que la cure sanatoriale était devenue une conception périmée, appelée à disparaître dans un proche avenir, pour laisser place aux procédés nouveaux que permettaient de réaliser les progrès de la médecine et de la chirurgie.

Nous allons démontrer dans ce chapitre qu'il n'en est rien, et que le sanatorium aujourd'hui comme hier, conserve son rang et sa place dans la lutte anti-tuberculeuse.

Pour arriver à cette conclusion, nous allons d'abord étudier ces procédés thérapeutiques modernes, leur principe, leurs indications, leurs résultats.

De cette étude, nous pourrons en effet aisément déduire que loin de détruire, ils modifient sans doute, mais surtout ils amplifient l'idée de cure sanatoriale, laquelle permet de résoudre le double problème d'effectuer ces thérapeutiques nouvelles avec le maximum de garanties, et de compléter ces méthodes par la cure climato-hygiéno-diététique autant que jamais à l'ordre du jour.

I. METHODES NOUVELLES MEDICALES ET CHIRURGICALES DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

La période moderne peut en effet s'intituler l'ère chirurgicale et de thérapeutique active antituberculeuse.

Ere chirurgicale tout d'abord... grâce à l'application des méthodes de collapsothérapie, au premier chef du pneumothorax.

Nous allons étudier avec quelques détails la question du pneumothorax : son principe, ses difficultés de réalisation, ses indications et contre-indications, ses résultats.

Plus brièvement, nous verrons ensuite les autres méthodes de collapsothérapie.

LE PNEUMOTHORAX CHIRURGICAL

C'est à Forlanini que revient le mérite d'avoir le premier observé l'évolution relativement favorable des bacillaires atteints de pneumothorax spontané (alors que cette complication passait jusqu'alors pour être redoutable) et d'en avoir déduit très heureusement le principe du pneumothorax chirurgical.

Depuis lors, depuis l'installation de cette méthode dans l'arsenal thérapeutique, le pneumothorax chirurgical a fait de rapides progrès, sous l'impulsion de Spengler, de Braner, de Dumarest. Ses indications se sont multipliées, sa technique s'est simplifiée et précisée, son appareillage s'est perfectionné depuis les instruments de Forlanini, de Von Muralt, puis de Kuss, jusqu'à celui de Leuret et Delmas-Marsalet, qui a rendu sa pratique beaucoup plus aisée.

Rappelons brièvement — pour la suite de notre argumen-

tation — la technique et le principe du pneumothorax. Il peut paraître illogique de connaître la technique du pneumothorax, avant d'en avoir précisé le principe; nous suivons cependant, de la sorte ,l'ordre chronologique des faits, car le bénéfice thérapeutique retiré de la pratique du pneumothorax fut reconnu avant que ne fût résumé l'intérêt théorique de la méthode.

Technique du pneumothorax. — On se propose d'injecter de l'air, ou un gaz quelconque dans une cavité pleurale, de manière à affaisser le poumon sous-jacent. Cet air dans la cavité pleurale produit non plus une dépression, mais une pression positive en général à peu près égale à la pression atmosphérique. La pression ainsi obtenue diminue lentement, et, au bout de quelques jours, il est nécessaire de pratiquer la réinsufflation du pneumothorax, et ainsi de suite tant que l'emploi de cette méthode est jugé utile.

La méthode est actuellement devenue, grâce aux appareils très commodes qu'il est possible d'utiliser, d'une mise en œuvre facile; elle exige cependant toujours d'être faite par un praticien exercé. Des accidents ont en effet été signalés au cours de son application. Nous ne voulons pas parler de la blessure du paquet vasculo-nerveux intercostal, d'une côte ou du poumon. Ces accidents qui sont en général sans gravité, peuvent parfois devenir redoutables, mais, avec d'élémentaires précautions, ils sont facilement évitables.

Nous voulons parler surtout de l'éclampsie pleurale et de l'embolie gazeuse : syncopes mortelles, paralysies transitoires, crises épileptiformes, ont pu apparaître, soit au cours de soit immédiatement après une insufflation de pneumothorax. Pour les éviter dans la mesure du possible, il est bon de pratiquer très prudemment l'insufflation : Après s'être assuré que l'on est bien dans la cavité pleurale, injecter l'eau très lentement, en surveillant constamment l'ascension de l'eau dans le tube manométrique pour éviter une surpression trop brusque ou trop considérable.

L'emphysème sous-cutané ou profond, par injection d'air sous la peau, en dehors de la plèvre pariétale, ou sous le feuillet viscéral, ont pu — exceptionnellement — donner lieu à des accidents graves.

Il est bien évident aussi que si la piqûre n'est pas faite avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires elle pourra s'infecter et donner lieu quelquefois à un pyo-pneumothcrax.

De cette étude de la technique du pneumothorax chirurgical, et de la connaissance des accidents ou des complications qui peuvent résulter de son application, il est bien permis de déduire que cette intervention doit être faite par des praticiens habiles et exercés, qu'elle ne peut être impunément pratiquée par un médecin mal habitué à sa technique.

Comme le dit Bezançon : « Cette technique du pneumothorax est délicate, et on commettrait une grave erreur si on laissait croire que la pratique du pneumo est simple et que la conduite de l'opération peut être faite par tout médecin comme une ponction évacuatrice; elle doit au contraire, à notre avis, n'être poursuivie que par des médecins spécialisés ayant l'outillage nécessaire et le contrôle des Rayons X. »

Adoptons et retenons cette conclusion : Nous nous en servirons tout à l'heure.

Maintenant que nous connaissons la technique du pneumothorax, voyons quel en est le mode d'action, afin de pouvoir connaître ainsi les indications et les contre-indications de la méthode.

Comme l'écrit Dumarest, pour connaître le mode d'action du pneumothorax chirurgical il est nécessaire de se rappeler les conditions de propagation de l'infection tuberculeuse dans le poumon.

La propagation de voisinage et la dissémination à distance de l'infection bacillaire sont en effet favorisées, au niveau du poumon, par certaines conditions anatomiques et physiologiques; il y a de la sorte 3 conditions favorisantes :

1° La richesse vasculaire, spontanée, et rythmiquement augmentée par les mouvements respiratoires.

2° La constitution lacunaire du tissu pulmonaire.

3° La communication avec l'extérieur, par les voies aériennes, de la plaie pulmonaire existante.

De ces trois conditions : la première permet la dissémination du bacille; les deux autres empêchent la constitution d'une barrière solide contre sa propagation.

Le pneumothorax permet justement de lutter efficacement contre ces conditions malheureuses : il réalise l'affaissement ou, comme on dit, le collapsus pulmonaire; le poumon ainsi comprimé et mis dans l'impossibilité de respirer se décongestionne, se densifie, la plaie pulmonaire est immobilisée et au repos (condition nécessaire d'une bonne et prompte cicatrisation), les cavernes sont comprimées et vidées de leur contenu septique.

Nous pouvons dès lors essayer de poser les indications cliniques du pneumothorax.

Forlanini les pose très simplement : « Le pneumothorax, dit-il, est indiqué toutes les fois que la vie est menacée par l'extension d'une lésion locale. »

De cette large indication, écartons dès l'abord une contre-indication à peu près formelle : la bilatéralité des lésions, lorsque cette bilatéralité est suffisament marquée : pratiquer un pneumothorax unilatéral risque alors d'accélérer la marche des lésions dans l'autre poumon, appelé à jouer un rôle respiratoire plus considérable; quant au pneumothorax bilatéral, il n'a que des applications très restreintes, dans ces cas d'espèces soigneusement étudiés, et il reste un traitement d'exception. Il est aussi inutile de l'appliquer dans les formes bénignes : tuberculoses abortives ou « susceptibles de guérir spontanément ou à l'aide des moyens hygiéniques ordinaires ».

Dans les formes fibreuses son application est aussi très discutable. Car le pneumothorax resterait alors sans effet, incapable de collaber un poumon fibrosé, ayant perdu son élasticité. D'autant plus que la fibrose pulmonaire est habituellement bilatérale et qu'il n'est pas sans danger dans ces conditions de réduire une capacité respiratoire pulmonaire déjà sensi-

blement diminuée, et que l'autre poumon ne pourra compenser.

Restent les grandes indications du pneumothorax.

Formes ulcéro-caséeuses, à grande prédominance unilatérale où l'indication est fournie par la tendance caséeuse, la tendance hémoptoïque, l'activité évolutive : les formes hémoptoïques et congestives étant plus sensibles à l'action du pneumothorax que les formes fibro-caséeuses.

Formes aiguës de tuberculose pulmonaire, pneumoniques ou broncho-pneumoniques à distribution lobaire, où l'on n'a rien à perdre et parfois beaucoup à gagner, à tenter le pneumo.

Indiquons enfin deux cas où le pneumothorax est irréalisable ou sans intérêt : dans le cas d'une part d'adhérences pleurales empêchant pratiquement la réalisation du pneumothorax; dans le cas d'autre part de pleurésie sérofibrineuse réalisant déjà le rôle du pneumothorax, et dans lequel il est inutile de venir risquer une infection secondaire. Au contraire la pleurésie purulente, après ponction évacuatrice de l'empyème fournit une indication du pneumothorax.

Il est d'ailleurs bien évident que d'autres contre-indications plus générales du pneumo-thorax sont fournies, en dehors même du stade anatomique ou évolutif de la tuberculose pulmonaire en cours, par *l'état général* du malade, la valeur fonctionnelle de son cœur, et par son système nerveux : car le pneumo-thorax ne pourra être pratiqué que si l'état général peut être considéré comme satisfaisant, que si le cœur n'est pas à la limite de l'hyposystolie et ne défaillera pas à l'effort supplémentaire qui lui est demandé; que si l'état psychique du malade, son système nerveux et son « moral » même ne sont pas par trop déficients.

En résumé, l'étude des indications du pneumothorax chirurgical nous permet d'arriver à une double conclusion.

1° Toutes les formes de tuberculose ne sont pas justiciables de la collapsothérapie par pneumo-thorax.

2° Poser une indication formelle de pneumothorax n'est pas toujours chose facile. En nous rappelant les indications

que nous avons posées tout à l'heure, nous voyons que ce « diagnostic d'opérabilité » nécessite essentiellement de connaître, à côté de l'état général du malade, fourni par un examen complet, le stade anatomo-pathologique (formes ulcéro-caséeuses, formes fibreuses, adhérences et épanchements pleuraux) et la période évolutive (formes bégnines, formes aiguës, formes bilatérales) de l'affection bacillaire. En pratique tout cela exigera un examen très soigné du malade et la collaboration du spécialiste, du radiologiste et du laboratoire.

Retenons — pour plus tard — cette double conclusion et voyons ce que deviendra par la suite le malade auquel nous venons d'insuffler un pneumothorax; c'est-à-dire que nous allons examiner à présent les résultats proches et lointains de la méthode.

Pour apprécier ces résultats, nous renvoyons le lecteur aux travaux de Dumarest, qui donne une belle statistique personnelle ainsi que les statistiques de Burnaud, de Léon Bernard, de Croizier, de Pissoury, de Rist.

Sans vouloir rapporter ici des chiffres faciles à retrouver et partout concordants, rappelons brièvement la conclusion de ces auteurs : La mortalité après pneumo est surtout élevée dans les deux années — approximativement — qui suivent la première insufflation : pendant ce laps de temps peuvent apparaître des complications pleurales graves (empyème, pyopneumothorax), la bilatéralisation des lésions ou l'éclosion à distance (articulations, intestin, reins, méninges..) d'autres localisations tuberculeuses. De plus, au cours de ces deux premières années, les malades pourvus de pneumo paraissent plus sensibles au refroidissement, à cause, semble-t-il, de leur plus grande fragilité pleurale. Ce sont, comme l'a dit Forlanini dans un langage imagé « Des plantes de serre ». Si au contraire les malades réussissent à franchir heureusement le cap de ces deux premières années, la mortalité diminue ensuite d'une façon très marquée.

Il faut donc, dans les mois et même les années qui suivent

l'insufflation d'un pneumothorax surveiller très étroitement le malade, et empêcher l'action de toute cause susceptible de diminuer la résistance générale du sujet, si l'on veut tirer tout le bénéfice possible de la méthode et ne pas s'exposer à de graves mécomptes. Pour juger utilement des résultats obtenus, et pour que ces résultats soient les meilleurs, il faut donc, de toute nécessité, que le malade soit placé sous la surveillance constante d'un milieu médical.

En définitive — et nous y reviendrons tout à l'heure — l'étude sommaire de la pratique du pneumothorax loin de conclure à la possibilité d'un traitement exclusif de la tuberculose par ce procédé permet au contraire d'établir que cette méthode n'est qu'un traitement associé à beaucoup d'autres dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Nous reprendrons tout à l'heure et plus en détail les données que nous avons pu établir et nous nous efforcerons d'en obtenir des conclusions plus précises.

Voyons maintenant — beaucoup plus rapidement — les méthodes chirurgicales considérées comme des adjuvants du pneumothorax, et qui visent comme lui à obtenir un collapsus pulmonaire.

La Phrénicectomie

Succédané du pneumothorax, l'arrachement du nerf moteur du diaphragme, au cou, sur une longueur de 10 à 15 centimètres représente une intervention plus bénigne mais aussi moins active que le pneumothorax.

On le réserve en général aux cas graves où l'on n'ose tenter le pneumothorax, ou bien il permet l'exploration fonctionnelle du poumon présumé sain avant de tenter un pneumothorax.

De toute façon ses indications sont plus restreintes et ses résultats encore moins complets que ceux du pneumothorax.

Encore moins que lui, il ne saurait prétendre à devenir une thérapeutique exclusive de la bacillose pulmonaire.

La Thoracoplastie

Elle constitue une méthode adjuvante du pneumothorax. Elle peut être employée dans certains cas où il est irréalisable. En particulier, on peut la tenter dans le cas où des adhérences pleurales le rendent impossible. Mais :

1° La thoracoplastie ne répond qu'à d'assez rares indications.

2° Il est bien évident que ce n'est pas une opération curative au même titre qu'une hystérectomie après une métro-annexite. Une fois faite la thoracoplastie, les lésions pulmonaires bacillaires sous-jacentes demeurent. Après une intervention aussi sérieuse et parfois shokante il faut, bien entendu, que l'organisme soit placé dans les meilleures conditions possibles de défense : la cure sanatoriale apparaît alors, d'ores et déjà, indispensable. C'est le point à retenir. De plus il ne faut pas oublier que son indication et sa réalisation exigent une collaboration médico-chirurgicale étroite qui ne sera réalisée convenablement qu'au sanatorium.

L'apicolyse consiste dans « une libération extra-pleurale du sommet du poumon », accompagée ou non du plombage de ce sommet pulmonaire.

Indiquée à peu près exclusivement dans le cas de cavernes à bords rigidifiés du sommet des poumons, l'apicolyse est actuellement et comparativement aux autres méthodes un procédé d'exception. Les mêmes conclusions que nous avons adoptées pour le thoracoplastie peuvent s'appliquer ici.

Nous en dirons autant des autres procédés tels que oléothorax.

Nous venons de voir les indications des traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire. Mais, pour pouvoir poser des conclusions générales sur l'évolution du traitement de cette affection, il nous faut auparavant connaître la valeur et apprécier les indications des traitements médicaux de la bacillose. Après cela, nous pourrons juger si les conceptions

actuelles du traitement de la bacillose pulmonaire doivent être ou non revisées.

Traitements médicaux de la tuberculose pulmonaire.

Bien des produits ont été utilisés pour combattre la phtisie.

On emploie d'ailleurs toujours les thérapeutiques dites de « reminéralisation ». Calcium phosphore, quelquefois même iode ou arsenic.

Mais ce ne sont là — qui songe à le discuter? — que des thérapeutiques adjuvantes.

Parmi les traitements présumés spécifiques aucun n'est d'un emploi courant. Il est bien évident que si des essais peuvent être tentés dans ce sens, ce ne peut être que sous la protection du sanatorium.

Venons en à la question aujourd'hui essentielle dans la thérapeutique médicale de la tuberculose : nous voulons parler de la crysothérapie.

La Crysosulfothérapie

Depuis longtemps — on peut en effet remonter à Paracelse — — on a pensé à se servir de l'or dans le traitement de la phtisie.

La connaissance clinique et l'utilisation pratique de cette médication est due à Moolgard (1924).

Après quelques alternatives, les sels d'or : sanocrysine à l'origine, puis bientôt de nombreux produits de composition et d'action analogue, sont entrés dans le domaine quotidien de la thérapeutique antituberculeuse. On leur associe le soufre, dont maintenant l'utilité est reconnue. Seulement, et sous quelque forme qu'on l'emploie, c'est une thérapeutique qui ne doit être utilisée qu'avec prudence et à bon escient, à raison des accidents qu'elle est susceptible ou capable de provoquer.

Voyons en effet les accidents que l'on constate au cours de

ce traitement. Ce sont des accidents de deux ordres : d'intolérance ou de saturation.

Le plus souvent, il s'agit soit d'accidents cutanéo-muqueux, soit d'accidents gastro-intestinaux, d'allure en général bénigne mais parfois plus redoutable; il s'agit quelquefois même de véritables phénomènes de Shock, avec collapsus pulmonaire.

Pour les éviter, il faut :

1° N'employer cette médication que dans les cas où elle est susceptible de rendre service, c'est-à-dire bien poser l'indication thérapeutique.

2° N'employer cette médication qu'avec précaution, c'est-à-dire, qu'elle doit être maniée à peu près exclusivement par un spécialiste.

Les résultats de cette thérapeutique devront être surveillés par l'évolution du poids, de la température et par le test radiologique.

Ces préliminaires posés, voyons maintenant les indications de la crysothérapie.

Pour les comprendre il faut se rappeler que la crysothérapie agit localement en activant les processus de défense du tissu menacé par la progression des lésions bacillaires : plus précisément la crysothérapie active les processus de fibrose autour des lésions pulmonaires, mais elle ne suffit pas à elle seule à modifier une forme ulcéreuse et à la transformer en lésion fibreuse.

Par conséquent, la meilleure indication serait fournie par les formes non évolutives, déjà plus ou moins fibreuses. Mais en pratique les indications n'obéissent à aucune règle précise. L'expérience a prouvé, comme l'enseigne notre Maître le Professeur Leuret, que les sels d'or associés au soufre sont capables d'agir dans les formes les plus diverses de la maladie. Seul, un essai permettra de déterminer dans chaque cas particulier s'il y a intérêt ou non à persévérer dans cette thérapeutique. On s'abstiendra de cette tentative dans les formes cachectiques.

Pas plus que les autres méthodes, la thérapeutique par l'or associé au soufre ne constitue un traitement général et spéci-

fique de la tuberculose pulmonaire. Et même lorsque son emploi est indiqué il nécessite d'être fait avec des précautions minutieuses et sous la surveillance du spécialiste. L'expérience démontre d'ailleurs qu'il serait dangereux de se contenter de traiter un tuberculeux exclusivement par la crysothérapie : il était d'ailleurs possible de le prévoir. Puisqu'il s'agit par cette thérapeutique d'activer les processus de défense locale de l'organisme contre l'infection bacillaire, il ne faut pas risquer de compromettre ces processus de défense en mettant l'organisme dans un état de moindre résistance : La thérapeutique classique hygiéno-diététique conserve donc ici aussi ses indications.

Maintenant que nous avons analysé en particulier les divers traitements médicaux et chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire faisons la synthèse de ces diverses thérapeutiques afin de voir la place qu'elles occupent, à l'égard de la phtisie, à côté ou en face du sana, et afin de juger les modifications qu'elles imposent à notre conception classique du sanatorium.

L'ensemble de ces thérapeutiques nouvelles médicales et chirurgicales permet en effet de traiter la grande majorité des formes de phtisie, formes ulcéreuses qui bénéficient davantage du pneumothorax — formes fibreuses plus sensibles à l'action bienfaisante des sels d'or.

Ces méthodes de traitement ne sont pas cependant susceptibles de faire, comme on l'avait cru, une concurrence redoutable au sana : cela résulte en effet de l'étude détaillée de chacune de ces thérapeutiques, à laquelle nous nous sommes livré.

1° Tout d'abord, en effet, il reste certaines formes de tuberculose pulmonaire que l'on ne peut efficacement traiter par aucune des médications que nous avons examinées. Certes, le nombre de ces formes s'est restreint considérablement à mesure que se précisaient les techniques thérapeutiques. Il n'en reste pas moins par exemple que les formes bilatérales, franchement bilatérales, et sans tendance fibreuse ne peuvent tirer bénéfice, ni du pneumo ni des sels d'or

Pour les malades chez lesquels l'examen chimique et radio-

logique a permis malheureusement de déceler des lésions de cet ordre, le sanatorium reste toujours la base du traitement.

2° Mais ces formes sont rares : presque toujours, on peut fortement améliorer le pronostic du phtisique en tentant opportunément une des nouvelles thérapeutiques.

Toutefois, cela ne peut pas être fait sans de nombreuses précautions.

1° Avant de poser l'indication thérapeutique, avant d'affirmer que le phtisique en présence de qui on se trouve est justiciable de telle ou telle thérapeutique, il est nécessaire de pratiquer des examens nombreux par le spécialiste, avec le concours de la radiologie, du laboratoire, il faut aussi souvent surveiller quelques jours attentivement le malade pour suivre avec plus de rigueur scientifique la marche de son affection. Seul, bien souvent, le sanatorium permet d'effectuer ces examens, d'accomplir cette surveillance avec toute les garanties requises et dans les meilleures conditions possibles.

2° Et surtout, pour pratiquer le traitement qu'on a choisi, pour en surveiller les résultats, pour en obtenir les effets les meilleurs, le sanatorium est indispensable : Nous avons vu en effet qu'après une insufflation de pneumothorax, le malade reste pendant de longs mois plus fragile, plus sensible à l'action néfaste des refroidissements, des changements brusques de température. Des complications parfois bien désagréables peuvent apparaître après un pneumothorax. Pour éviter tous ces accidents, il faut donc, de toute nécessité, mettre le sujet ainsi traité dans de bonnes conditions de température extérieure et de défense générale de l'organisme : la cure climatique, d'une part, et hygiéno-diététique d'autre part, est donc absolument indispensable. Le sanatorium vient compléter la cure du pneumothorax.

De même au cours de la crysothérapie : nous sommes tout à l'heure arrivé à cette conclusion que « la crysothérapie n'agissant qu'en augmentant les défenses locales de l'organisme il ne fallait pas risquer de compromettre ces processus de défense locale en mettant l'organisme dans un état de moindre

résistance ». Ici aussi, il importe d'aider au maximum les défenses générales et de placer le malade à l'abri des mauvaises conditions climatiques et d'une nutrition insuffisante. La cure sanatoriale s'impose donc après la crysothérapie comme après le pneumothorax.

On peut en dire autant de la phrénicectonie et de la thoracoplastie :

La phrénicectomie n'est en effet qu'une opération adjuvante ou palliative, insuffisante en général à elle seule pour guérir la tuberculose pulmonaire.

La thoracoplastie, opération souvent schokante, fragilise l'organisme, et le malade doit rester au repos longtemps après l'intervention.

D'ailleurs, d'un point de vue plus général, il serait peut-être imprudent de jeter sans précautions dans la « vie civile » un malade auquel on vient de pratiquer un pneumothorax ou auquel on fait une série de sels d'or : le malade ainsi traité aurait volontiers tendande à se croire après l'intervention définitivement guéri, « immunisé » pour ainsi dire contre l'infection bacillaire. Loin de prendre les précautions encore plus minutieuses qui sont nécessaires après l'intervention, il risquerait de se surveiller moins étroitement, de commettre des imprudences dangereuses : une cure sanatoriale est nécessaire pour assagir le malade, pour l'habituer aux précautions nouvelles inhérentes au traitement qu'on lui fait.

En définitive, de cette étude il résulte que les traitements chirurgicaux ou les médications nouvelles trouvées pour lutter contre la phtisie n'ont pas et ne peuvent pas avoir logiquement pour conséquence la suppression des sanatoriums. Au contraire, toutes ces méthodes doivent s'unir et s'harmoniser : pneumothorax et crysothérapie doivent trouver leur plus complète et leur plus heureuse utilisation dans le cadre même du sanatorium, et de leur union harmonieuse peut résulter une lutte plus efficace et plus heureuse contre le redoutable fléau.

Mais pneumothorax, phrénicectomie, thoracoplastie,

chrysothérapie même ne peuvent pas être, évidemment, partiqués dans le cadre du sanatorium tel que nous avions pris pour habitude de le concevoir. Aussi bien, la conception du sanatorium doit-elle se modifier afin de répondre aux exigences nouvelles de la thérapeutique : c'est cette conception nouvelle du sanatorium moderne que nous allons avoir pour tâche maintenant d'étudier.

TROISIEME PARTIE

LE SANATORIUM ET LE PROBLEME POST-SANATORIAL

Avant d'exposer comme nous nous sommes proposé de le faire la conception nouvelle du sanatorium moderne tel que les méthodes actuelles de traitement permettent de l'envisager, nous voulons d'abord étudier une question aujourd'hui à l'ordre du jour et susceptible elle aussi, suivant les conclusions que nous serons amené à adopter, de modifier encore nos idées sur le sanatorium : c'est tout le problème post-sanatorial que nous allons maintenant examiner.

A mesure que les sanatoriums se sont multipliés, à mesure que le nombre a augmenté des malades reçus et traités au sanatorium, le problème se posait, avec une acuité de plus en plus grande de savoir, une fois qu'ils seraient apparemment « guéris », quand et comment on pourrait les rendre au courant de la vie quotidienne, et comment ces anciens malades pourraient s'assurer convenablement leur pain, gagner leur vie. On ne peut pas en effet, à des malades souvent sans grande fortune et auxquels la maladie et l'hospitalisation au sanatorium ont fait perdre un métier, un emploi, une situation, on ne peut pas leur dire en les faisant sortir du sanatorium, que désormais ils sont stabilisés, presque guéris, mais pas tout à fait, qu'il leur faut maintenant tâcher de se bien nourrir, de ne pas se fatiguer par un métier trop pénible...

Ce serait trop souvent vains conseils, inutiles recommandations pour des gens bien en peine de gagner leur vie et parfois aussi celle de toute une famille et en quête d'un tra-

vail, heureux bien des fois d'accepter la première occupation qu'ils trouveront, quelle qu'elle soit.

Il importe donc, si l'on veut éviter des désordres sociaux, et si l'on ne veut pas être submergé par le flot de plus en plus nombreux des tuberculeux stabilisés, de s'efforcer de trouver le moyen d'occuper tous ces anciens et encore actuels malades, et de les employer utilement, pour leur plus grand bien et au mieux des intérêts de la société.

I. INCONVENIENTS D'UNE CURE PROLONGEE.

Combien de temps en effet peut-on songer à garder le tuberculeux au sanatorium ?

Actuellement, avec l'organisation de lutte anti-tuberculeuse telle qu'elle est actuellement comprise, deux solutions sont seulement possibles, et toutes deux inefficaces ou nuisibles ainsi que le fait remarquer le professeur Leuret. « C'est ici qu'apparaît la lacune considérable qui stérilise presque la valeur cependant bien établie de la cure sanatoriale. Quelles alternatives se présentent aujourd'hui à ces malades ? Ou bien rester pendant de longs mois au sanatorium pour obtenir une cicatrisation solide. C'est malheureusement de 18, 20 mois, 30 mois, qu'il faudrait parler. D'ailleurs ce n'est pas possible moralement pendant une aussi longue période. Le désœuvrement, l'isolement prolongé, deviennent, pour l'homme surtout, insupportables et sont pour lui, quand il est devenu valide l'occasion inévitable de toutes les tentations. »

L'effet moral d'une cure prolongée au sanatorium est en effet désastreux.

Habitude de paresse telles que le malade perd le goût du travail, parfois définitivement, et devient, au point de vue social « inutilisable ».

Désaffection du malade pour le sanatorium si son séjour dans le sanatorium se prolonge, le malade arrivera vite à considérer ce sanatorium comme une prison. Les méthodes de discipline qu'on lui impose parce qu'elles sont nécessaires et bienfaisantes, il en arrive à les interpréter comme de désagréables brimades, d'injustes vexations qu'il faut, autant que possible, tâcher d'éviter : fait dans ces conditions, mal suivi, un traitement hygiéno-diététique devient bientôt inefficace.

Désorganisation de la famille, « cellule vitale de la société », Cette désorganisation est souvent à l'origine de bien des complications futures. Sans compter que le malade reste seul au sanatorium, loin de son foyer, s'ennuie, devient à la longue neurasthénique et son état général et ses résistances organiques ne tardent pas à être secondairement frappées de la déficience de son psychisme.

Complications économiques enfin : le tuberculeux au sanatorium actuel dépense ou coûte de l'argent mais n'en gagne pas. S'il a, comme c'est assez souvent le cas. une famille à la subsistance de laquelle il pourvoyait, en tout ou en partie, voilà une famille dans la gêne, voire dans la misère, qui va s'incorporer à la longue armée des assistés.

Il est donc dangereux de garder trop longtemps le malade au sanatorium. Pour éviter ces complications d'ordre moral et social, vaut-il donc mieux garder peu de temps le malade au sanatorium, et, sitôt finie la poussée évolutive actuelle, le remettre en liberté sans attendre la stabilisation de ses lésions ? solution dangereuse.

Ecoutons encore M. le professeur Leuret.

« La deuxième solution, c'est de laisser le malade sortir du sanatorium de repos, le seul que nous possédions actuellement dès que l'épisode aigu est arrêté, et reprendre la vie commune... » De nouveau l'usine, l'atelier : rechutes rapides. L'échec de cette solution apparaît donc tout de suite : un tuberculeux mal stabilisé reprenant trop tôt son travail est exposé, l'expérience le démontre surabondamment, à faire à nouveau une poussée évolutive plus redoutable que la première.

Ainsi que le conclut le professeur Leuret : « L'organisation de la lutte antituberculeuse doit donc comporter après la cure hygiéno-diététique, quelque chose qui n'existe pas dans le sanatorium de repos tel qu'il est habituellement conçu et réalisé. »

C'est là le principe de toutes les œuvres post-sanatoriales.

Une bonne organisation de la lutte antituberculeuse devra

donc répondre aux divers desiderata dont nous venons de concevoir la nécessité.

1° Permettre au tuberculeux de travailler sans risquer de compromettre l'effet bienfaisant de la cure sanatoriale.

2° Lui donner les moyens de travailler, de gagner convenablement sa vie; sans l'écarter trop longtemps de son milieu familial et social.

A ce gigantesque problème, une solution complète et définitive paraît bien difficile à trouver : des œuvres nombreuses se sont pourtant attachées à lui fournir des solutions qui sont encore et nécessairement fragmentées et imparfaites.

II. LA REEDUCATION. CURE DE TRAVAIL.

S'attachant surtout à la première partie du problème : travail du tuberculeux sans dangers pour sa cure, existent des œuvres dites « sanatoriums de rééducation ». Elles se préoccupent de « la réadaptation du tuberculeux au travail dans le cadre sanatorial » (Piéchaud). Leur principe en est le suivant.

1° Encore mal stabilisé — ou même apparemment stabilisé — le tuberculeux ne peut pas recommencer sans plus le métier parfois pénible de la profession fatigante qu'il occupait avant d'entrer au sanatorium. Il doit exister une période, assez longue et délicate, où doit se faire lentement la reprise du travail, où le malade doit progressivement se réadapter à une occupation d'abord facile, puis dont on augmente de plus en plus l'intensité.

2° Cette réadaptation progressive au travail ne peut se faire que sous la surveillance étroite de milieu médical spécialisé. Pour doser l'effort qu'est susceptible de produire sans dommage tel tuberculeux, pour juger les réactions de l'organisme du malade, la présence du médecin est indispensable. Cette surveillance médicale s'exercera pour vérifier les variations de poids, les modifications de signes cliniques et radiologiques, les différences de température prises avant, immédiatement après et un moment après l'effort.

3° Tant que le tuberculeux n'est pas encore stabilisé il serait imprudent de le rendre à son milieu familial; qu'il risquerait de contaminer : mieux vaut le garder au sanatorium.

Sur ce principe, on s'est donc préoccupé de faire travailler les tuberculeux au sanatorium.

Mais il n'est pas possible de leur faire accomplir au sanatorium n'importe quelle occupation. Il faut d'abord que le métier qu'on leur propose puisse être accompli sans grande fatigue et interrompu sans inconvénient.

Ce doit être un métier qui ne nécessite pas une spécialisation très poussée, ni un long apprentissage.

Il doit aussi ne pas revenir trop cher à l'Administration communale, départementale, nationale, qui pourvoira à son installation. Enfin et surtout il doit « intéresser » financièrement le malade — et lui permettre de réunir un petit pécule, au besoin lui servir plus tard lorsqu'il aura quitté le sanatorium.

Dans cet ordre d'idées, on peut citer l'exemple de la vannerie installée par le professeur Leuret, pendant le guerre, à l'hôpital militaire du Becquet, ou encore la fabrique de chaussures de feutres que le professeur agrégé Piéchaud proposait d'installer au sanatorium Xavier-Arnozan.

On voit tout de suite les nombreux avantages de semblables installations, d'établissement commode et économique au sanatorium, elles sont malgré tout substantielles pour le malade. Elles permettent et préparent sa réintégration à la vie active, tout en écartant les risques de contagion que sa libération pourrait faire courir à ses proches. Elles réservent aussi le droit de surveillance du médecin sur son malade, elles facilitent la continuation de la cure sanatoriale complète et autorisent le médecin à affirmer plus sciemment le pronostic du tuberculeux considéré.

Mais ces avantages nombreux ne doivent pas nous dissimuler les inconvénients de cette méthode.

C'est surtout que cette cure de travail au sanatorium ne peut pas être indéfiniment poursuivie et cela à un double titre.

D'abord, le malade ainsi traité et rééduqué reste loin des siens, isolé de sa famille au : tous les dangers de cet isolement, de cette désorganisation de la famille, nous les avons exposés tout à l'heure; ils obligent impérieusement à réduire au minimum la durée de la cure sanatoriale.

Et puis, même si l'on jugeait malgré tout préférable pour les tuberculeux de séjourner très longtemps au sanatorium, d'y travailler et d'y passer de longues années, quelle serait la masse des hospitalisés, où seraient les sanatoriums jamais susceptibles de les recevoir et de les faire travailler?

Donc, la cure de travail au sanatorium ne peut être qu'une cure provisoire : c'est une méthode de réadaptation, de rééducation au travail, qui doit permettre au tuberculeux de reprendre sans inquiétude la vie active, sachant désormais quelles sont ses capacités de travail et où chercher un gagne-pain. Ainsi entendue, c'est une excellente méthode, qui mérite bien d'être davantage éprouvée qu'elle ne l'est jusqu'à présent : elle est en effet le complément indispensable de la cure de repos.

L'avenir du tuberculeux. — Mais c'est, disons-nous, une méthode imparfaite et provisoire : aussi existe-t-il d'autres œuvres post-sanatoriales qui se proposent, non plus de rééduquer le malade au sanatorium, mais de lui procurer du travail, dans toutes les conditions requises, une fois qu'il sera sorti du sanatorium.

Ici le problème est plus difficile et l'on se heurte à des difficultés nombreuses.

Et d'abord, tous les tuberculeux sortis du sanatorium ne sont pas, au vu de la forme anatomo-clinique de leurs lésions, justiciables au même titre de l'assistance post-sanatoriale. On peut à ce point de vue les classer en 3 catégories (Dr Voss, Congrès d'Amsterdam, 19).

1re Catégorie : Ceux qui finissent par se rétablir, de sorte qu'ils reprennent leur place dans la société sans restriction.

2e Catégorie : Ceux qui, à la sortie du sanatorium, ne sont pas assez vigoureux pour satisfaire aux exigences de la vie quotidienne et qu'on peut diviser en deux groupes à leur tour :

Ceux dont le rétablissement est encore possible pourvu qu'ils travaillent provisoirement dans des conditions spéciales ; il s'agit alors d'assistance temporaire.

Ceux qui ont subi de telles modifications anatomo-patho-

logiques et fonctionnelles : dyspnée, troubles cardio-vasculaires, qu'un rétablissement définitif de leur capacité de travail est exclu : ces malades auront besoin d'une assistance permanente.

3° Catégorie : Cas graves auxquels aucune méthode de travail ne saurait rendre leur capacité de travail : ce groupe est exclu de la discussion.

Il est évident que ces divers malades ne pourront pas se livrer à des travaux analogues. Les premiers trouvent plus aisément que les autres un travail rémunérateur.

Grandes différences aussi dans les professions susceptibles d'être proposées aux malades suivant l'âge, le sexe, la condition sociale.

On voit donc déjà qu'il pourra être malaisé de trouver le métier adéquat au malade considéré.

Mais bien d'autres conditions restent encore à remplir :

Puisqu'il s'agit de rendre le tuberculeux à la vie active et pour cela de le remettre au milieu des siens : de sa famille et de ses semblables, il faut être assuré que les risques de contagion qu'il fait courir à ses proches soient bien réduits au minimum et pour cela ne mettre en liberté que des malades stabilisés et non porteurs de bacilles de Kock dans leurs crachats, et assurer le maximum d'hygiène familiale et sociale. Ces conditions une fois réalisées, on pourra envoyer chez lui le tuberculeux, mais il arrive parfois que c'est dans sa famille, ou autour de lui que les risques de contagion sont alors redoutés : dans sa famille, où les siens considèrent comme dangereuse sa présence; autour de lui, où les patrons refusent d'employer un ancien tuberculeux : le pauvre malade est alors considéré comme un véritable paria, quelque chose comme le lépreux du moyen âge. Les milieux médicaux — et surtout para-médicaux — ne sont pas d'ailleurs sans responsabilité à l'égard de cette crainte-fétiche de la contagion : on a tant et si bien popularisé par le texte, par l'image, la crainte de la contagion tuberculeuse que, si toutes les précautions nécessaires pour l'éviter ne sont pas toujours malheureusement

prises, on arrive par contre à la redouter là ou ces risques sont manifestement inexistants.

Une autre condition nécessaire pour la bonne marche de ce système de travail sera que le tuberculeux reste régulièrement soumis à la surveillance médicale, qu'il reste toujours sous l'empire du dispensaire ou du médecin chargé de le suivre, afin de pouvoir vérifier constamment l'évolution de ses lésions.

Le métier ou la profession que l'on offrira dès lors au tuberculeux doit être aussi un métier sain, salubre, pas trop pénible, de plein air ou à domicile autant que possible, dans tous les cas en dehors d'une collectivité, car cette promiscuité serait à tous égards dangereuse, pour les non-malades aussi bien que pour le malade.

Enfin, la profession proposée au tuberculeux devra être d'un « rapport » suffisant pour lui permettre de gagner sa vie et de faire vivre sa famille, ou tout au moins pour réduire autant qu'on le pourra le nombre des tuberculeux assistés ou l'importance de l'assistance qu'on leur fournit.

On voit que, dans ces conditions multiples et parfois contradictoires, il sera bien souvent difficile d'obtenir entière satisfaction. Nous ne referons pas la liste des « professions recommandées » aux anciens tuberculeux stabilisés : cette liste a été souvent établie, mais elle est en réalité bien théorique; c'est en réalité une question de cas particuliers, de décisions à prendre suivant le malade, suivant les conditions spéciales de la profession considérée. Telle occupation, théoriquement excellente pour le tuberculeux, peut en pratique ne pas lui convenir : c'est l'exemple classique du mécanicien de Varrier-Jones qui avait été à la sortie du sanatorium placé comme jardinier; en réalité cette nouvelle profession était pour lui beaucoup plus fatigante que la première.

Nous voyons donc en résumé que se préoccuper de procurer du travail aux tuberculeux à leur sortie du sanatorium présente des avantages, des difficultés, des inconvénients : avantages essentiels : faire travailler le tuberculeux chez lui,

en dehors du sanatorium, seule solution qu'il acceptera assez souvent, lui faire gagner sa vie par son travail, et grever le moins possible les charges de la collectivité.

Inconvénients : risque de contagion pour les familiers du malade, et nécessité d'une stricte surveillance, évidemment plus difficile à réaliser qu'au sanatorium.

Difficultés enfin de réalisation pratique, du fait du malade, et du fait du public.

Pour vaincre ces difficultés, on a créé mais en nombre encore bien insuffisant des bureaux de placement (Leuret); des services sociaux, hospitaliers, il importe de multiplier ces installations si l'on veut arriver à un résultat tangible.

Pour pallier à ces inconvénients, il faut accroître encore les prescriptions d'hygiène dans les foyers et dans les collectivités, il faut resserrer l'action des dispensaires afin d'arrêter à temps les anciens malades en passe de le redevenir.

Une solution plus grandiose du problème post-sanatorial a été proposée et tentée avec des succès divers : c'est celle des villages-sanatoria.

Le principe de ces villages-sanatoria repose précisément sur les inconvénients et les difficultés que nous venons de signaler, de la reprise de la vie civile par les anciens tuberculeux.

En particulier les logements habités par les tuberculeux dans les grandes villes courent souvent le risque d'être insalubres et malsains;

Les métiers exercés par les malades sont souvent aussi accomplis dans des conditions d'hygiène insuffisantes;

L'ancien tuberculeux peut être aussi, s'il n'a pas à cœur de prendre toutes précautions utiles, un « danger public » de contagion;

La surveillance médicale, enfin, est souvent, hors du milieu sanatorial illusoire et souvent inefficace.

Pour y remédier, on a proposé — et réalisé — de créer de toutes pièces des villages ou des cités, équipés de façon moderne, où seraient réunies les meilleures conditions de travail pour tuberculeux.

Quand on parle de villages-sanatoriums, on évoque nécessairement l'image de Papworth. L'histoire de sa création est bien intéressante.

C'est en 1915 que le docteur Varrier-Jones installe à Bouru, dans le comté de Cambridge, une colonie pour tuberculeux. C'était une vieille maison de campagne, avec un hectare de terre inculte. Il y installa 15 abris différents et isolées, pour autant de malades (des non-contagieux seulement) et puis tout ce monde se mit au travail. La première et unique mise de fond fut seulement 500 livres, avec lesquelles, en 1917, 88 tuberculeux avaient été soignés.

Grâce à de généreux donateurs enthousiasmés par cette œuvre nouvelle et si riche de promesses, Varrier-Jones changea de domicile en 1917, et installa son village. considérablement agrandi à Papworth où il existe encore aujourd'hui.

Actuellement, on accueille à Papworth toutes les catégories de tuberculeux avec leurs familles ces malades sont divisés en trois classes :

« Les « early cases », cas favorables, dont le diagnostic a été fait précocement et qui sont le plus susceptibles de travailler.

Les « middle cases », cas moyens, sur lesquels doit s'exercer plus étroitement la surveillance médicale.

Les « advanced cases », inaptes à travailler.

Les deux première catégories sont réparties dans les abris nombreux de la cité.

La dernière catégorie est admise à l'hôpital. Car il y a à la fois à Papworth un hôpital et un village.

L'hôpital permet de recevoir et de traiter tous les « advanced cases » et tous les malades qui ont besoin d'un traitement médical ou chirurgical. Dans le village, les familles sont réparties chacune dans une maisonnette et le malade peut travailler dans les ateliers nombreux dont dispose la colonie : ces ateliers constituent une véritable entreprise commerciale vivante et prospère, et permettent largement à la cité de subvenir à ses besoins. Ce sont des industries d'imprimerie, de chaussures, de joaillerie; il y a des tailleurs, des charpentiers,

des éleveurs. Un magasin d'approvisionnement bien achalandé fournit aux familles tout ce dont elles ont besoin. Il y a enfin une école, une église.

L'exemple de Papworth est vraiment enthousiasmant, en ce qu'il réunit toutes les conditions requises pour bien traiter tous les tuberculeux.

Il permet, en effet, de conserver les tuberculeux à leur foyer familial, mais dans d'impeccables conditions d'hygiène du foyer, et sous un excellent; climat les malades ainsi rassemblés sont directement sous la surveillance médicale, dont l'autorité commande à l'activité de la petite colonie; les métiers qu'ils exercent sont accomplis selon les préceptes de l'hygiène et sous le contrôle médical qui empêche les tuberculeux de travailler trop pour gagner davantage; les malades suspects sont immédiatement arrêtés, examinés, traités Enfin et surtout Papworth constitue une excellente affaire commerciale.

Mais il faut bien reconnaître que c'est seulement à Popworth que pareille création a pu être efficacement réalisée. La foi enthousiaste et l'activité inlassable de son fondateur, ont pu sans doute seules arriver à faire ce miracle, car, partout ailleurs, tous les efforts tentés pour imiter Papworth ont, avouons-le totalement ou partiellement échoué. La réalisation grandiose de Salagnac ou Clairvivre, en est un essai peu convaincant. Il fut créé pour offrir les mêmes avantages que Papworth. Théoriquement, il représentait une excellente réalisation : Aux frais de l'Etat, fut installé, groupé autour des bâtiments d'hospitalisation et de traitement, un village entier, avec de belles installations industrielles. Et tout cela n'a pas ou a mal réussi. Pourquoi ? c'est qu'en premier lieu il y a une grande disproportion entre l'envergure cette entreprise et la catégorie très spéciale, très limitée des malades auxquels elle est destinée : les tuberculeux de guerre. En second lieu, la mise de fonds primitive pour la création du village, et l'apport de fonds constant nécessité par son entretien, sont tels que le prix de revient de chaque malade appa-

rait à l'usage exorbitant, beaucoup plus élevé que le prix-même de leur pension. Clairvivre semble donc une assez mauvaise affaire commerciale. On peut même dire que son coût interdit pratiquement de tenter d'autres expériences de cette envergure.

Il semble en effet, à qui veut tirer la morale de cette expérience que l'échec provienne de ce qu'on a vu trop grand.

Dans l'historique de Papworth, nous avons vu que c'est peu à peu que s'est fixé le village : d'abords rares abris, puis nombreuses maisonnées; la première avance de fonds a été de 500 livres et a suffi pour assurer la vitalité de Bouru, tout le reste étant provenu du travail des hospitalisés. Et c'est rapidement, certes, mais progressivement, comme une bonne maison de commerce, que Papworth s'est étendu, a agrandi son rayon d'action et ses possibilités.

Au contraire, Claivivre, construction hypertrophique, a coûté des dizaines de millions, et son entretien est aussi très onéreux : quel chiffre d'affaires devrait faire une maison de commerce ou une industrie pour subsister dans de pareilles conditions !

Maintenant que nous avons étudié et pu apprécier le pour et le contre des diverses méthodes qui se proposent de venir en aide aux tuberculeux stabilisés, à quelle idée nous rattacher, quelle conclusion adopter?

Il importe à notre avis en pareille matière de ne pas vouloir être dogmatique mais d'être au contraire éclectique.

On pourra d'abord préparer autour des sanatoriums existants, mais préparer lentement et économiquement pour que cela soit financièrement possible, des villages analogues à Papworth où pourront résider des tuberculeux encore un peu suspects.

« Prévoir l'extension autour d'un sanatorium d'une agglomération formée par les anciens malades, isolés ou en famille, autour de l'établissement qui les a remis en état de santé et sous lequel ils restent en surveillance. Cette extension est pratiquement et très naturellement réalisée dans un grand nombre de cités climatiques. »

C'est certes, sans doute, la solution la meilleure, mais il s'agit là d'une œuvre de très longue haleine et dont il ne faut pas attendre encore la réalisation définitive.

D'ailleurs il serait apparemment difficile d'édifier des cités suffisamment nombreuses pour recevoir tous les tuberculeux.

Aussi faut-il, concurremment, rechercher autre chose. on cherchera à augmenter les conditions d'hygiène dans la famille, la cité, l'atelier; on se préoccupera de faire habiter les tuberculeux dans des logements solubres, à la périphérie des grandes villes (lois sociales), habitations à bon marché, on leur procurara des métiers sains. Pour cela il faut évidemment adjoindre à l'intervention de l'initiative privée le concours de l'Etat (Piéchaud). Il faut multiplier l'activité et les moyens d'action des dipensaires, il faut multiplier le nombre de rayonnement des bureaux de placements[1]. Ainsi peu à peu les malades stabilisés verront s'améliorer leurs conditions de vie physiques, morales et matérielles.

Si nous voulions en définitive adopter une conclusion plus précise mais aussi trop schématique, nous dirions volontiers.

Les cas favorables bien stabilisés non contagieux doivent bénéficier de la cure libre chez eux à condition qu'elle se fasse dans de bonnes conditions : après naturellement un séjour initial au sanatoium.

Les cas moyens : il vaudrait mieux les grouper, ne serait-ce que d'une façon transitoire, dans ces villages dont nous avons prévu la création autour des grands sanatoriums.

Les cas avancés, enfin, trouvant naturellement leur place au sanatorium lui-même.

1. On pourrait même prévoir la création d'emplois ou de professions réservés aux tuberculeux.

QUATRIÈME PARTIE

SANATORIUM ET CURE LIBRE.

Avant de conclure, il nous faut encore dire quelques mots de deux problèmes fort interéssants au point de vue du sujet dont nous nous occupons : le préventorium d'une part; la cure libre d'autre part.

Le premier de ces problèmes, s'il n'est pas a priori directement opposable à la question du sanatorium, a pu cependant, dans l'esprit de certains auteurs, permettre d'établir une base de discussion contre le sanatorium. Quant au problème de la cure libre, on a espéré que sa solution permettrait d'éliminer le rôle du sanatorium : nous allons voir qu'il n'en est rien.

Préventorium. — « Préventorium », le mot, n'est-il pas vrai, se suffit à lui-même; son principe repose sur le postulat suivant :

Selon l'adage classique, mieux vaut prévenir que guérir. Ne serait-il pas possible, à propos de la maladie tuberculeuse, de prévenir l'éclosion de l'affection, pour n'avoir point à traiter de maladie déjà évoluée?

Théoriquement, l'idée est excellente; en réalité, l'expérience a démontré qu'elle est difficilement applicable.

Sur quoi se fonde-t-on en effet pour affirmer la nécessité d'envoyer un malade au préventorium? Actuellement, c'est une double notion qui est à la base de cette indication thérapeutique, la notion de terrain tuberculeux et de pré-tuberculose, terrain tuberculeux signifiant l'aptitude plus marquée du sujet à contracter la tuberculose, et pré-tuberculose répon-

dant plutôt à la présence chez le sujet considéré d'un état de tuberculose « en puissance » ou larvée.

Ces notions ont pendant de longues années constitué le dogme de la pathogènie de l'infection tuberculeuse : mais on se demande aujourd'hui encore sur quels signes probants peut en être fait le diagnostic : hyperthyroïdie, déminéralisation, ne ne peuvent manifestement suffire à établir un diagnostic de terrain tuberculeux.

L'adénopathie trochéo-bronchique elle-même et plus encore les colites, les dysendocrinies, ne peuvent pas signifier avec certitude pré-tuberculose : pour l'adénopathie trachéo-bronchique en particulier on admet aujourd'hui que, suivant les cas, ou bien elle constitue une véritable forme de tuberculose pulmonaire (et non point alors de pré-tuberculose), ou bien alors, d'autres fois, il est permis de se demander s'il s'agit bien d'une forme larvée de bacillose, et non pas d'une affection banale ou tout au moins d'une origine différente.

Le problème est en réalité très complexe, nous manquons de critères certains pour poser de tels diagnostics de pré-tuberculose ou de terrain tuberculeux. Peut-être un jour aurons-nous des méthodes qui limiteront avec précision le champ de la pré-tuberculose : ce jour-là il sera possible d'intervenir préventivement pour empêcher d'apparaître la maladie tuberculeuse; le sanatorium sera alors à la veille de disparaître. Mais, en attendant de posséder de telles méthodes d'investigation et de diagnostic, il serait vain d'espérer un trop grand résultat de ces cures préventives : beaucoup d'erreurs de diagnostic (de pré-tuberculoses non reconnues et non traitées) stériliseraient son action ou imposeraient une œuvre par trop gigantesque (pré-tuberculoses affirmées à tort). D'ailleurs, aujourd'hui, la question ne se pose pas de savoir si le sanatorium est appelé à disparaître du fait de la présence du préventorium : nous avons, pour aujourd'hui et pour demain en perspective, suffisamment de tuberculeux à traiter.

Cure libre. — Voyons plutôt si la cure libre ne peut pas nous permettre de prévoir la disparition du sanatorium à beaucoup plus proche échéance.

Beaucoup, en effet, ont voulu opposer au sanatorium la cure libre. On a assemblé contre lui un faisceau de critiques, pour ensuite proposer à sa place la cure libre. Il nous semble cependant qu'aucun argument strictement scientifique ne peut être donné contre l'un d'eux sans atteindre l'autre, puisqu'en somme ils se réclament du même moyen thérapeutique : la cure hygiéno-diététique. — aussi allons-nous attacher à démontrer la supériorité du sanatorium par des arguments plutôt psychologiques et moraux. — Un seul cependant est d'ordre économique — les adversaires du sanatorium disent qu'il est d'un prix de revient trop élevé : Mais si l'on veut bien réfléchir, ne serait-il pas plus coûteux encore pour la collectivitè d'envoyer les tuberculeux dont elle a la charge se faire soigner dans des stations climatiques. Il nous semble que si tous les malades des sanatoriums devaient être soignés séparément, ils seraient la source de dépenses plus considérables. Même au point de vue financier la cure libre paraît être une solution moins bonne que le sanatorium populaire qui s'adresse aux indigents et à tous ceux que la collectivité a l'obligation de soigner.

Il y a dans l'application de la cure hygiéno-diététique une question très importante : c'est celle de la discipline. Donnons à ce mot un sens assez large : ce sera l'ensemble des conditions matérielles et psychiques, qui permettent au malade l'application éclairée et régulière d'un certain nombre de règles nécessaires à la bonne marche de la cure.

Pour être vraiment efficaces ces règles sont suffisamment sévères et exigent du malade un effort de son intelligence et surtout de sa volonté : « Il ne suffit pas, a dit Sabourin, d'aller voir le ciel bleu quand il fait de la brume ailleurs, de se chauffer au grand soleil du Midi quand on gèle dans le Nord, pour tuer ses bacilles. Pour se guérir de la tuberculose il faut faire quelque chose; il y a une lutte à soutenir. » N'oublions pas que

cette lutte est souvent très longue, capable d'user les volontés les mieux trempées, de lasser les espérances les plus forcenées. Le tuberculeux possède un psychisme très délicat et complexe. Ainsi, malgré cet espoir secret de la guérison qu'il conserve souvent aux jours les plus critiques de son mal, il a aussi des moments de découragement. Nous ne disons pas que le sanatorium évitera toujours ces derniers : mais seule la surveillance étroite dont il y est entouré préservera le malade des imprudences dont ils sont souvent la conséquence.

Inversement, lorsque le malade s'achemine vers la guérison il a souvent tendance à la considérer comme acquise alors qu'elle demande encore des soins et la prolongation de la cure avec toutes ses rigueurs. Le malade s'il n'est étroitement surveillé est exposé à faire beaucoup d'imprudences, surtout en face des tentations que lui laisse la cure libre.

Le médecin de sanatorium possède une autorité et une mainmise sur ses malades que le médecin exerçant en clientèle obtiendrait difficilement. En plus de cela le malade de sanatorium reste en contact avec un personnel spécialisé qui prolonge et parfait l'influence du médecin.

Ces conditions en cure libre sont rarement atteintes. Le professeur Rist les a bien analysées : « Il ne faut pas se dissimuler que dans les classes populaires, le tuberculeux curable en voie de guérison, ne rencontre pas que sympathie et encouragement de la part d'un entourage incapable de bien comprendre la réalité de la situation. A le voir manger de si bon cœur, on est tenté de croire qu'il exploite sa maladie ».

Nous savons bien qu'on a accusé l'isolement du sanatorium d'être catastrophique pour la famille « qui se trouve disloquée souvent pour toujours. » Encore s'agirait-il de déterminer si la présence du tuberculeux au sein d'une famille ne produit pas des effets plus désastreux. La famille n'est presque jamais le milieu de choix pour recevoir un malade de cette sorte ; car il faut savoir se rendre compte des perturbations qu'entraîne dans un foyer la présence du bacillaire. Nous ne saurions insister davantage, mais on comprendra qu'il serait aisé

de tracer à ce sujet un tableau aussi lamentable si ce n'est plus que celui du malade au sanatorium. Les paroles du professeur Rist en laissent assez deviner. — Aussi sur ce point nous pouvons admettre que la discussion serait très subtile et qu'elle n'emporte pas la décision d'un côté plus que de l'autre.

Nous savons aussi que dans certains cas le sanatorium a pu être dépeint comme une école de vice et un milieu de défaitisme. Il n'en est rien dans les sanatoriums bien tenus, et le médecin peut certainement beaucoup pour maintenir parmi ses malades les conditions morales les plus favorables à la guérison. Il lui est facile d'éviter certains abus qui ont été signalés, d'ailleurs dans des cas très rares, et qui pour cela ne sauraient constituer un argument d'ordre général.

Reste un troisième point à mettre en balance, il concerne la contagiosité de la maladie. A ce point de vue le sanatorium semble être parfait. Tous les témoignages sont concordants pour montrer que le cas de contamination en sanatorium est une chose exceptionnelle. C'est que le sanatorium possède des moyens puissants et rigoureusement appliqués de désinfection et que les malades y sont éduqués convenablement. Combien la cure libre est désavantagée ici ! Ceux qui ont l'habitude de soigner des tuberculeux en clientèles savent comment il est difficile d'obtenir qu'ils veuillent bien acquérir un crachoir. Il est encore plus rare de les voir en user comme il devraient — En général le malade répugne à se servir ostensiblement de cet instrument. Il continue à cracher dans son mouchoir quand ce n'est pas à terre. La famille, aussi insouciante, ne songera pas à surveiller ce qu'elle considère souvent comme un détail, ou bien elle n'osera pas rappeler au malade son devoir dans la crainte de le peiner ou de l'aigrir en lui faisant trop sentir sa tare et le danger qu'il constitue pour les autres.

D'autre part, les moyens de désinfection sont généralement insuffisants — ou bien ils sont souvent mal appliqués et il est difficile au médecin de les surveiller d'assez près.

D'ailleurs l'expérience donne tous les jours des exemples de contamination dont la source est le malade soigné en cure libre. Nous craignons bien que ces paroles du docteur Knopf prononcées il y a vingt ans n'aient conservé encore toute leur actualité : « Tandis que dans nos stations hivernales libres, c'est-à-dire ouvertes, la mortalité par tuberculose va en augmentant, dans les localités où il existe des sanatoriums cette mortalité au contraire diminue ».

Dans ces stations de cure libre on pourrait difficilement obtenir une stérilisation parfaite des produits bacillifères. Même en admettant que les villes possèdent une installation et des règlements appropriés on ne sera jamais assuré d'atteindre tous les tuberculeux qui en général cherchent plutôt à dissimuler la nature de leur mal.

Conclusion. — En résumé, le préventorium ne peut dans l'état actuel de la science s'assurer une existence bien caractérisée. Quand à la cure libre, si elle paraît pouvoir soutenir la comparaison avec le sanatorium en ce qui est des considérations morales, elle lui apparaît nettement inférieure au point de vue prophylactique et économique.

D'ailleurs les nouvelles méthodes thérapeutiques que nous avons étudiées dans la deuxième partie de notre travail et dont nous avons vu que leur place était seulement dans le cadre du sanatorium, justifient moins que jamais la prétention pour la cure libre de supplanter la cure classique du sanatorium.

CONCLUSION

De l'étude générale que nous avons entreprise, il importe maintenant d'obtenir quelques conclusions.

Le principe de la cure sanatoriale classique a subi depuis quelques années de rudes assauts, au point que la question s'était posée de savoir si l'avenir même du sanatorium n'était pas engagé dans cette bataille.

La conclusion la plus générale que nous ayons pu obtenir de notre étude, c'est au contraire que le sanatorium — mais un sanatorium moderne, adapté aux conditions nouvelles de la lutte antituberculeuse — conserve plus que jamais sa place au premier rang de ces moyens de lutte et ses indications même se sont considérablement élargies puisque la formule de notre maître le professeur Leuret : « Tous les tuberculeux au sanatorium » est désormais le principe qui doit commander toute action thérapeutique efficace.

I. Si pendant très longtemps on avait pu mettre en doute le rôle du sanatorium, c'est qu'il s'était glissé un certain nombre d'erreurs dans son fonctionnement : L'idée de sélection des malades reposant sur des principes inexacts, avait troublé son recrutement au point d'interdire l'entrée du sanatorium aux malades qui auraient tiré le plus grand bénéfice de la cure, plus facilement même que ceux dont on jugeait seule utile l'hospitalisation. Nous avons vu comment ce dogme du « début lent et insidieux » paralysa longtemps l'effort du sanatorium.

La durée de la cure, aussi, longtemps insuffisante, ne pouvait donner que des résultats imparfaits, des guérisons incomplètes, des rechutes en perspective.

II. La cure classique du sanatorium, climatique et hygiéno-diététique ne suffit plus, il s'en faut, à soigner convenablement toutes les formes de tuberculose. Beaucoup de tuberculeux sont justiciables de méthodes thérapeutiques nouvelles, médicales ou chirurgicales. Nous nous sommes

efforcé de montrer que la place logique pour réaliser ces diverses thérapeutiques était seulement au sanatorium.

III. Il est enfin un autre facteur prépondérant de lutte contre la tuberculose, maladie sociale, c'est la cure de travail dans le cadre ou en dehors du sanatorium. Tous les tuberculeux, avons-nous dit, avant de reprendre le train courant de leur vie quotidienne, doivent faire au sanatorium une cure de réadaptation progressive au travail afin que puisse être affirmée avec plus de certitude le diagnostic de leur guérison clinique et afin de connaître et de doser l'effort qu'ils seront ensuite capables de fournir.

Ainsi, le sanatorium de demain pouvons-nous le concevoir comme une vaste organisation dans laquelle se trouveraient réunis tous les éléments qui sont dorénavant à la base de notre action contre la maladie tuberculeuse.

Section d'hospitalisation : où seraient placés les cas graves et les malades justiciables d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médicamenteux.

Section de cure sanatoriale : correspondant à l'habituelle cure climatique et hygiéno-diététique.

Section de réadaptation au travail enfin pour ménager le retour du tuberculeux à la vie normale.

Dans ces conclusions qui répondent aux conditions nouvelles de la *thérapeutique antituberculeuse*, nous n'aurions pu faire autrement que de reprendre la conception de notre maître le professeur Leuret, acquise par l'expérience personnelle au sanatorium Xavier Arnozan et que l'on retrouve dans nombre de ses travaux.

Vu,
Le Doyen.
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
E. LEURET

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 juillet 1934
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons puisé une grande partie de notre documentation dans la *Revue de la Tuberculose* de 1894 à 1934 et dans la *Revue de Phtisiologie.*

L'énumération des articles que nous y avons consultés serait trop longue et dépasserait le cadre de notre bibliographie.

Amat (Ch.). — « Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire » (*Bull. général de thér.*, 28 février 1930).

Arnozan (X.). — « Principe de la prophylaxie antituberculeuse » (*Journ. Méd. Bordeaux*, 1917).

Bernard (Léon). — *Cure climatique et hydrominérale chez les tuberculeux*, Masson éd.

Baillet. — Village sanatorial, Hôpitaux sanatoriaux (*P. M.*, 1926).

— « Du sanatorium à la cure libre » (*Marseille médical*, 1928).

Brunon. — *Presse Médicale*, 18 janvier 1930.

Camet. — *Considérations générales sur la climatologie de la tuberculose pulmonaire. Vers l'Avenir*, juillet 1930.

Compte rendu de l'Académie de Médecine, 1930-33.

Congrès de la tuberculose, 1931-32, 30.

Delahousse. — Thèse, Paris, 1911, *La Cure libre.*

Dumarest. — L'avenir du sanatorium (*Hauteville-Lompriès médical*, février, 1934.

— « La cure de travail chez le tuberculeux » (*Bull. Méd.*, nov. 1909).

Gaussel. — *Hôp. sanat. Service de triage et d'isolement.*

Goldberg. — *The J. of the Am. Med. Ass.*

Grancher. — « Tuberculose pulmonaire et sanatorium » (*Bulletin méd.*, 7 mars 1903).

Grillat. — *Le sanatorium français. Possibilités. Organisation*, th., Paris.

Guinard (V.). — « Hôpital sanatorium. Sanatorium village » (*P. M*, 15 février).

Hazemann. — « La cité sanitaire des blessés du poumon » (*Revue Hyg. et M. S.*, février 1932).

Hurchberg. — « Logement sanatorial » (*Paris méd.*, 3 février 1931).

Julien. — « Indication plaine et montagne des traitements de la tuberculose » (*Gaz. Méd., S. O.*, sept. 1931).

Lefèvre. — *Logement sanatorial*, thèse, Paris, 1925.

Levesque (Jean). — « Les directives de la lutte antituberculeuse d'après les recherches modernes » (*La Vie méd.*, mars 1933).

Leuret. — « Une cure à la mer » (*J. Méd. Bordeaux*, mars 1927).

— « Le sanatorium X. Arnozan » (*J. Méd. Bordeaux*, 1928).

— « La lutte antituberculeuse dans le département de la Gironde » (*J. Méd. Bordeaux*, 1913).

— « La lutte antituberculeuse vient-elle à son heure? » (*J. Méd. Bordeaux*, juin 1925).

— « Un sanatorium et ses œuvres post-sanatoriales » (*J. Méd. Bordeaux*, juin 1921).

Lumière. — « Le problème de la tuberculose » (*Avenir Médical*, avril 1934).

Luton (P.). — « Considérations sur la cure sanatoriale et l'avenir du tuberculeux après la cure sanatoriale » (*Revue Méd. Office central de Médecine de Clermont-Ferrand*).

Martin, — Quelques réflexions au sujet du sanatorium (*Mouv. sanitaire*, 30 septembre 1931).

Molineri. — « La cure sanatoriale doit-elle rester la base du traitement de la tuberculose » (*Méd. internation. illustrée*, déc. 1933).

Haurer (Rolland). — « Traitement chirurgical de la tuberculose » (*Paris Med.*) 1930).

Mouvement sanitaire, (*Chronique*, mai 1931).

Mousset. — « Sanatorium et village sanatorium » (*Bull. du Lyon Méd.*, nov. 1930).

Ollivier. — « Le sanatorium. De son utilité générale et de sa valeur particulière en haute altitude » (*Strasbourg Médical*, juillet 1930.)

Perrin. — « Quelle destination faut-il donner aux tuberculeux pulmonaires » (*Bull. général thérapeutique*, 1927).

Piechaud-Lamothe. — Rapport au Congrès de La Haye sur la tuberculose.

Piéchaud (F.). — « Armement anti-tuberculeux de la Gironde », (*J. Méd. Bordeaux*, 30 mai 1931).

— *Démonstration pratique d'hygiène.*

Poix (G.). — « Le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires » (*Paris Méd.*, 1928).

Pierret. — « Village sanatorium vu à la lumière de l'expérience britannique » (*Biol. Méd.*, mai 1931).

Robin (A.). — « La lutte contre la tuberculose » (*Revue Méd. de Paris*, 15 juil. 1903).

Rochette (L.). — « Quelques réflexions sur l'armement anti-tuberculeux » (*Hauteville Lompriès Méd.*, 5 mai 1932).

Sergent. — « La cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose » (*Presse Médicale*, 3 février 1933).

— *Id.* (*Monde Médical*, juillet 1930).

Thibault. — Thèse de Paris, 1927.

Tiollet. — « Une entrave au placement des tuberculeux en sanatorium » (*Vers l'Avenir*, 1er septembre 1930).

Vos. — Rapport sur l'assistance post-sanatoriale, Congrès de La Haye.

Woslfsohn. — *Le Village des tuberculeux en Angleterre*, thèze de Paris.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.